



**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica Área Específica de Intervenção de
Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**A integração de ações paliativas no cuidar da
pessoa com doença oncológica e dor no serviço
de urgência**

Andreia Filipa Pereira Calvelas Vicente

**Lisboa
2019**





**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica Área Específica de Intervenção de
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**A integração de ações paliativas no cuidar da
pessoa com doença oncológica e dor no serviço de
urgência**

Andreia Filipa Pereira Calvelas Vicente

Orientador: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos
da Costa

**Lisboa
2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Tiago, pelo amor e compreensão, sem o seu apoio e dedicação aos nossos filhos e ao nosso lar durante as minhas ausências, este trabalho era impossível.

Ao meu filho Natanael, pela paciência e ajuda nas traduções e dicas informáticas.

À minha filha Lara pelas histórias que ficaram por contar, os passeios que ficaram por dar e brincadeiras por brincar.

Aos colegas com que me cruzei nos diferentes campos de estágio, pela partilha de experiências e saberes.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim mais do que eu própria.

LISTA DE SIGLAS

AIN's	Anti-inflamatórios não esteroides
APCP	- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
AVD's	Atividades da vida diárias
CCI	- Cuidados Continuados Integrados
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNCP	- Comissão Portuguesa de Cuidados Paliativos
CP	- Cuidados Paliativos
CS	- Centro de Saúde
DC	- Dor Crónica
DGS	- Direção Geral de Saúde estava no fim lista e fora ordem alfabética
EIHSP	- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ESMO	- European Society for Medical Oncology
IASP	- International Association for The Study of Pain
NCCN	- National Comprehensive Cancer Network
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PBE	- Prática Baseada na Evidência
PEDCP	- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PT	- Procedimento Técnico
RNCC	- Rede Nacional de Cuidados Continuados
SANP	- Serviço de Atendimento não Programado
SO	- Sala de Observação
SU	- Serviço de Urgência
UCP	- Unidade de Cuidados Paliativos
UTD	- Unidade de Tratamento da Dor

RESUMO

A pessoa com doença oncológica para a qual já não há cura, tem cada vez mais necessidade de recorrer ao SU, sobretudo nas últimas semanas e dias de vida. Estes doentes impõem desafios à equipe do SU, pois o descontrolo sintomático, principal razão de procura destes serviços, com a dor no primeiro lugar, precisa de cuidados holísticos, abrangentes e focados, não na cura, mas na resposta ao sofrimento e conforto da pessoa. Trabalhando num SU dou-me conta do número de pessoas com dor crónica descontrolada por doença oncológica avançada. Mas como cuidamos deles? Após um diagnóstico de situação inicial feito aos registos de enfermagem da triagem e SO, a 22 doentes (doença oncológica avançada em estadio III e IV) com um Instrumento de Colheita de Dados criado para o efeito e com acesso aos dados clínicos autorizado pelo Conselho Administração, verificou-se ser a dor o principal motivo de recurso ao SU (68,2%), intensa (nível 8-10) para 59,1% dos doentes, apenas 9% tiveram prescrição de opióides fortes. Os enfermeiros avaliam, a intensidade (100%) e localização (95,5%), atuam com intervenções farmacológicas (86,4%) e (4,5%) intervenção não farmacológica, não registam a avaliação da eficácia da intervenção. Surgiu assim a questão “Quais as ações paliativas que se podem integrar no serviço de urgência para controlo da dor crónica e conforto da pessoa com doença oncológica avançada?” e a finalidade, otimizar os cuidados prestados pelos enfermeiros do SU à pessoa com doença oncológica avançada e dor. O projeto alicerça-se na teoria do conforto de Kolcaba, medido pela Escala Visual do Desconforto. Utilizando a metodologia de projeto e a procura da melhor evidência disponível, por pesquisa bibliográfica e observação de consultas com um instrumento de avaliação elaborado, foi possível integrar no cuidado de pessoas com dor oncológica as ações paliativas, identificar a boa prática que se incluiu, a criação de 3 indicadores para avaliação, um fluxograma da gestão da dor oncológica no doente paliativo no e numa: norma para o controlo da dor oncológica no paliativo oncológico no SU. Da formação a 70% da equipa de enfermagem do SU, tendo-se feito uma avaliação final aos registos de enfermagem da triagem e SO (mesmo método), verificando-se um aumento da conformidade dos indicadores taxa de adequação das intervenções farmacológicas em função da intensidade da dor em 44,6% e taxa de avaliação das intervenções. em 55%

Palavras-chave: doença oncológica, Cuidados paliativos, dor, Boas práticas; enfermagem.

ABSTRACT

The person with cancer disease for whom there is no cure is increasingly in need of SU, especially in the last weeks and days of life. These patients pose challenges to the US team, as symptomatic lack of control, the main reason for seeking these services, with pain in the first place. Working in an SU I realize the number of people with chronic pain uncontrolled by advanced cancer disease. But how do we take care of them? Following an initial diagnosis of the screening and OS nursing records, 22 patients (stage III and IV advanced cancer disease) with a Data Collection Instrument created for this purpose and with access to clinical data authorized by the Board of Directors , it was found that pain was the main reason for the use of SU (68.2%), intense (level 8-10) for 59.1% of patients, only 9% had prescription of strong opioids. The nurses evaluate the intensity (100%) and location (95.5%), perform pharmacological interventions (86.4%) and (4.5%) non-pharmacological intervention, do not record the evaluation of the effectiveness of the intervention. The question thus arose: "What palliative actions can be integrated into the emergency service for chronic pain control and comfort of people with advanced cancer?" And the purpose of optimizing the care provided by US nurses to people with advanced cancer. and pain. The project is based on Kolcaba's theory of comfort, as measured by the Visual Discomfort Scale. Using the project methodology and the search for the best available evidence, through bibliographic research and observation of consultations with an elaborated evaluation instrument, it was possible to integrate in the care of people with cancer pain the palliative actions, to identify the good practice that was included, the creation of 3 indicators for assessment, a flowchart of cancer pain management in palliative patients in and a: standard for cancer pain control in oncologic palliative care in the US. From training to 70% of the nursing staff of the US, a final assessment was made of the screening and SO nursing records (same method), with an increase of 44.6% and 55% compliance in indicators 2 and 3

Keywords: cancer disease, Palliative care, pain, Good practice; nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1- A integração da abordagem paliativa nos serviços hospitalares: O caso específico do serviço de urgência	22
1.2- Definição e classificação de Dor e dor crônica oncológica.	24
1.3. A intervenção paliativa de enfermagem na gestão da dor crônica oncológica	26
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	33
2.1- Numa Unidade de Cuidados Paliativos	34
2.2- Numa Unidade de Tratamento da Dor	42
2.3- Num Serviço de Atendimento Permanente de um Hospital Oncológico	47
2.4- Num Serviço de Urgência	54
3- AVALIAÇÃO	59
4- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

Anexo 1 -	Resposta ao pedido de autorização à comissão de ética
------------------	--

APÊNDICES

Apêndice 1	Instrumento de Colheita de Dados da Triagem de Manchester e do SClínico® do processo de enfermagem do SO
Apêndice 2	Apresentação dos resultados da auditoria do diagnóstico de situação

Apêndice 3	Fórmulas de cálculo dos indicadores da auditoria
Apêndice 4	Fluxograma de seleção de artigos
Apêndice 5	Instrumento de avaliação da dor e das intervenções de controlo da dor
Apêndice 6	Quadro da apresentação das características dos 14 episódios de dor acompanhados na UCP
Apêndice 7	Ata da reunião de trabalho com os enfermeiros da UCP
Apêndice 8	Entrevista à Enfermeira Coordenadora da RNCC
Apêndice 9	Plano de Formação
Apêndice 10	Diapositivos das sessões de formação à equipa de enfermagem do SU
Apêndice 11	Fluxograma da gestão da dor oncológica no doente paliativo no SU
Apêndice 12	Fluxograma para o controlo da dor oncológica do doente paliativo oncológico no SU
Apêndice 13	Norma para o controlo da dor oncológica no doente paliativo oncológico no SU
Apêndice 14	Apresentação e tratamento da colheita de dados final da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do SO

ÍNDICE DE QUADROS

Quando 1- Resultados dos indicadores nos dois momentos de auditoria

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-cirúrgica Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa intitulado "A Integração de Ações Paliativas no Cuidar da Pessoa com Doença oncológica e Dor no Serviço de Urgência". Tem como objetivo relatar os estágios realizados refletindo criticamente sobre os cuidados à pessoa com dor oncológica em vários contextos de intervenção paliativa planeados como atividades para atingirem objetivos anteriormente delineados e que serviram paralelamente para atingir competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010) do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (OE, 2018), da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018), e do grau de mestre (Decreto-Lei nº 74/2006).

Por este trabalho tratar da integração de ações paliativas no controlo da dor oncológica sustenta-se o seu desenvolvimento na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, uma vez que esta autora defende que as necessidades dos cuidados de enfermagem são definidas como necessidades de conforto que incluem as dimensões físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Kolcaba, 2003). Por seu turno, o conforto é um princípio fundamental da prática de enfermagem, sobretudo em contexto de cuidados paliativos, sendo o controlo sintomático da dor, uma das áreas de intervenção na procura do bem-estar e do conforto no doente paliativo oncológico (Comissão Portuguesa de Cuidados Paliativos [CNCP], 2017).

É bem conhecido o facto de as neoplasias serem a segunda causa de morte em Portugal, sendo só antecedidas pelas doenças cardiovasculares, o que significa que há cada vez mais pessoas com cancro, tal como se confirma pelo aumento, mundial e no nosso país, das taxas de incidência e prevalência desta doença, contribuindo para este acréscimo fatores tais como, o envelhecimento populacional e os novos procedimentos e terapêuticas para o seu tratamento (DGS, 2017). Daí encontrarem-se cada vez mais doentes com cancro nos serviços de saúde, nomeadamente nos SU, aparecendo estes como um recurso de primeira linha na agudização de sintomas (Grudzen, Stone & Morrison, 2011).

Porém, estes progressos da medicina responsáveis, embora de modo não exclusivo, pela longevidade crescente e pelo aumento das doenças crónicas, grupo

de doenças onde hoje o cancro se inclui, levam a uma necessidade de alteração do paradigma de cuidar, ao terem conduzido a um aumento significativo do número de pessoas com doenças incuráveis, que desafiam o modelo de uma medicina curativa, agressiva e centrada no ataque à doença, que não se coaduna com circunstâncias de vida e as necessidades destas pessoas (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2018). Nem com os percursos de algumas das doenças oncológicas que, escapando-se à cura, remissão ou controlo, progridem para fases de doença, grave, avançada e progressiva, independentemente da idade ou diagnóstico da pessoa, sendo esta a definição que a CNCP (2017) dá de “doente paliativo”.

Mas, mesmo quando não é possível a cura, a pessoa continua a necessitar de cuidados que a valorizem enquanto ser humano detentor de uma dignidade inviolável e constitutiva, que por isso mesmo não se altera por haver um processo de doença (Nunes, 2009).

Por isto surgiu a necessidade da criação e implementação dos cuidados paliativos, prioridade reconhecida em políticas de saúde, estimando-se que 60% dos doentes necessitem destes cuidados (Dias, 2012).

Apesar de extremamente importantes, estes cuidados continuam a não estar disponíveis para a totalidade das pessoas que deles necessitam, pois segundo a CNCP (2017), o número de equipas intra-hospitalares e comunitárias de cuidados paliativos, bem como o número de camas disponíveis em hospitais encontra-se aquém das necessidades para a realidade portuguesa¹. Face a este facto, a maioria dos doentes acaba por viver os seus últimos dias internado em serviços hospitalares, pouco especializados e preparados para transitarem dos habituais cuidados curativos para os paliativos, como são os serviços de urgência (Sapeta & Lopes, 2007).

Os dados relativos à implementação do Plano Estratégico para os Cuidados Paliativos 2017- 2018 (CNCP, 2017) ainda não se encontram disponíveis, mas Edna Gonçalves, presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, referiu em entrevista ao jornal *Diário de Notícias*, que embora o número de equipas tenha aumentado muito nos últimos anos, a maioria tem um número reduzido de profissionais, devido à falta de pessoas com formação em cuidados paliativos, pelo

¹ Em 2016, segundo dados da CNCP (2017), havia 84 camas de cuidados paliativos em hospitais de agudos, sendo necessárias 248, havia 29 EIHSCP, sendo necessárias uma em cada hospital do país (49), havia 14 equipas comunitárias de cuidados paliativos, sendo necessárias 52.

que se estima que menos de 20% das pessoas que precisam de CP não têm acesso a estas equipas especializada (Diário de Noticias [DN], 2018).

Os cuidados paliativos são apresentados pela DGS (2004) como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento obtidos por meio da identificação, apreciação e tratamento impecável da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Para alcançarem este alívio do sofrimento fundamentam-se em 4 pilares: o apoio das famílias; a comunicação adequada; o trabalho em equipa e o controlo de sintomas, como a dor (CNCP, 2017).

A dor é um sintoma tão comum nestes doentes que está presente em todas as escalas de avaliação de sintomas usadas em CP (Kim et al., 2009), aparecendo em vários estudos como o motivo mais frequente (Richard et al., 2011; Amado et al., 2018), ou o segundo mais frequente (Wallace et al., 2013) de recurso ao serviço de urgência.

É uma realidade constante, pessoas com necessidade de cuidados paliativos (oncológica e não oncológica), recorrerem ao SU quando se encontram numa fase de agudização, por exacerbação ou complicações da doença de base (Forero et al., 2012). Contudo, o SU é um serviço em que médicos e enfermeiros têm como principal objetivo das suas ações salvar vidas, agindo por isso o mais rapidamente possível, muitas vezes de forma intensiva e quase sempre invasiva (Serrano, 2016) estando equipado para lidar com as necessidades de cuidados urgente/emergente, o que não o torna o contexto apropriado para a pessoa com cancro (Martinho, 2014).

Mas o SU aparece como o principal elo entre o hospital e a comunidade, pelo que, para além de fornecer cuidados a doentes agudos, responde também às necessidades desses doentes e das suas famílias, por aí encontrarem respostas rápidas e especializadas para os seus problemas de saúde (Fernandes, 2011). E recorrem mais durante o período noturno e fins-de-semana, altura em que não dispõem de acesso aos serviços especializados em cuidados paliativos (Wallace et al., 2013), referindo também a evidência científica que são os doentes sem acompanhamento prévio em cuidados paliativos que mais usam o SU (Henson et al., 2015).

O recurso do doente com necessidades de CP ao SU deve-se também, a este funcionar 24 horas por dia; ser de fácil acesso à população; à exaustão decorrente da sobrecarga familiar resultante do longo processo da doença; à falta de resposta por

parte dos cuidados paliativos especializados; a considerarem que os profissionais dos contextos hospitalares poderão proporcionar um melhor tratamento por disporem de meios sofisticados de intervenção; e também por as famílias terem dificuldade em aliviarem o sofrimento provocado pelos sintomas descontrolados ou por complicações decorrentes da doença (Kompanje, 2010).

Em Portugal foi feito um estudo por Massa (2010) com uma amostra de 292 doentes oncológicos em tratamento paliativo prescrito em consulta multidisciplinar de decisão terapêutica, onde se verifica que mais de metade dos doentes (67,5%) recorreu ao SU, em média, 76 dias após o início do tratamento paliativo. Também Amado et al. (2018) num estudo transversal sobre as razões de readmissão ao SU verificou que, 35% das readmissões eram de pessoas com doença terminal, de origem maligna (64%) e por causa de dor (21%).

Estes estudos vêm demonstrar a necessidade do recurso reiterado dos doentes oncológicos e paliativos ao SU para controlo sintomático da dor, sendo também esta a experiência empírica que tenho do SU onde trabalho já há 4 anos. O tema deste projeto surge de uma necessidade pessoal sentida no meu contexto profissional onde constato que doentes oncológicos com necessidades paliativas recorrem frequentemente ao SU por dor crónica, beneficiando de forma inequívoca de ações do foro paliativo específicas para o seu controlo. Também o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, desenvolvido com o objetivo de garantir a todos os cidadãos, residentes em Portugal continental, acesso atempado e adequado a CP de qualidade bem com a utilização eficiente dos recursos disponíveis, dando resposta às necessidades dos doentes com necessidades paliativas e suas famílias, aconselha os serviços que recebem doentes paliativos com frequência a estabelecerem um plano de integração de abordagem paliativa de forma a melhorar os cuidados prestados a todas as pessoas com doenças graves e ameaçadoras da vida, melhorando as ações paliativas praticadas por todos os profissionais de saúde e capacitando os profissionais dos serviços com elevada prevalência de doentes com necessidades paliativas a fazer uma abordagem paliativa de qualidade. Contudo existe a perceção de que a implementação de ações paliativas no controlo da dor crónica no doente oncológico carece de melhoria e suscita dúvidas de atuação entre a equipa de enfermagem.

Neste sentido iniciou-se este projeto por um diagnóstico da situação que permitisse conhecer como era feita a avaliação e o controlo da dor crónica dos doentes

paliativos no SU pela equipa de enfermagem em intervenções autónomas e interdependentes. Os registos analisados foram de doentes adultos (≥ 18 anos) com doença oncológica avançada, definida pelo estadio III ou IV², e com motivo (não exclusivo) de vinda ao SU por não controlo da dor oncológica. Pretendia-se colher dados dos registos de enfermagem do programa SClinico® dos locais da Triagem de Manchester e do internamento em SO. Criou-se para isso um Instrumento de Colheita de Dados para a Triagem de Manchester e SClinico® (Apêndice 1), estruturado com um campo de dados a colher na Triagem e outro no Processo de Enfermagem no Internamento em SO. As escolhas dos itens do campo da Triagem de Manchester fundamentaram no Histórico da Dor proposto no Caderno da Ordem dos Enfermeiros “Dor- Guia Orientador de Boa Prática” (OE, 2008), mas onde se retiraram os itens conhecidos *a priori* como indicadores ausentes nos registos do SClinico®³. Os itens do campo do Processo de Enfermagem no Internamento circunscreveram-se a dados sobre intervenções autónomas executadas (item 12), intervenções interdependentes executadas (itens 15 e 16), e reavaliação da dor após intervenção (item 13). O instrumento tinha ainda 2 itens para colheita de dados sociais (item 1 e 2) e 1 para dados clínicos (item 11). Para se poder aceder aos registos de utentes foi pedida autorização à Direção da Instituição, uma vez que não tem Comissão de Ética, tendo-se assumido o respeito pela confidencialidade dos dados e a veracidade da sua utilização neste relatório. Esta autorização encontra-se em anexo (Anexo 1). Os dados foram colhidos num período de 15 dias seguidos, de 1 a 15 de julho, a 22 doentes que recorreram ao SU e cumpriam os critérios de inclusão, tendo sido elaborada uma matriz, com recurso a programa Excel, para tratamento por estatística descritiva dos dados e respetiva análise cujos resultados se apresentam em apêndice (Apêndice 2). Foram criados três indicadores para avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem suportados no Core de Indicadores da OE (2008) e que se apresentam em apêndice (Apêndice 3).

2 Segundo a classificação tradicional de tumores estágio III diz respeito a tumor localmente avançado, espalhado por mais de um tecido, causando comprometimento linfático. E estágio IV: presença de metástase à distância (Sobin et al, 2009).

3 Os itens deste Histórico da dor incluídos no instrumento de colheita de dados foram: localização (item 4); duração (item 4); qualidade (item 5); frequência (item 6); intensidade (item 7); fatores de alívio (item 8); fatores de agravamento (item 9); impacto nas atividades de vida (item 10) (OE, 2008).

Os itens deste Histórico de Dor não incluído no instrumento de colheita de dados foram: “evolução e padrão da dor”; Formas habituais de comunicar/manifestar/ expressar a dor”; “estratégias de *coping*”; “conhecimentos/percepção acerca da doença/ expectativas acerca da dor e do tratamento”; “impacto socio económico e espiritual da dor no trabalho, lazer, relações e estado emocional”; “sintomas associados”; tratamentos realizados” (OE, 2008).

Trata-se de uma amostra com uma média de idades de 69,3 anos, maioritariamente feminina (54,5%), o que está de acordo o retrato da população portuguesa em as mulheres apresenta, maior esperança media de vida, pelo que é de esperar que tendo em conta a media de idades as mulheres sejam em maior numero (Pordata, 2018) que com tumores malignos em vários locais do corpo todos eles metastizados, mas localização mais frequente no pâncreas (18,2%), revelando as últimas taxas que este é a terceira neoplasia maligna do sistema digestivo mais frequente em Portugal, logo após o cancro do cólon e do estômago e mais de metade dos doentes apresentam metastização (Bispo & Poças, 2017) e sendo o principal motivo de recurso ao SU a dor (68,2%), o que fundamenta a escolha da dor como alvo de ações paliativas neste serviço, que é intensa (8-10) para 59,1% dos doentes. Relativamente às práticas dos enfermeiros analisadas nos registos que estes produzem, foi possível verificar que a avaliação da intensidade da dor foi sempre realizada (100,0 %), sendo este resultado compreendido por se tratar de um campo de preenchimento obrigatório na Triagem de Manchester. Das restantes características da dor, só é amplamente avaliada a “localização” (95,5%), sendo o registo das outras características pouco significativas, só com 1 registo nos “fatores de agravamento” e no “impacto nas AVD’s. As intervenções descritas pelos enfermeiros referem-se maioritariamente a intervenções farmacológicas (86,4%), havendo apenas 1 registo de uma intervenção não farmacológica. Não há nenhum registo de avaliação da eficácia, tanto das intervenções autónomas, como interdependentes, estes resultados refletem práticas desviantes das recomendações nacionais (OE, 2008) e internacionais (ESMO, 2018 & NCCN, 2018) que referem que as boas práticas de gestão da dor, incluem intervenções tanto farmacológicas como não farmacológicas, e defendem a avaliação do resultado destas i como de extrema importância para a gestão da dor

Face a estes dados foi levantada a questão, “Quais as ações paliativas que se podem integrar no serviço de urgência para controlo da dor crónica na pessoa com doença oncológica avançada?”, tendo-se definido a finalidade do projeto, conclui-se haver necessidade de otimizar os cuidados prestados pelos enfermeiros do SU no atendimento da pessoa com doença oncológica avançada que procura o serviço para controlo da dor oncológica, adequando a avaliação à situação da história das dores crónicas e integrando ações paliativas para promoção e alívio da dor e referenciação

da pessoa para equipes especializadas em situações complexas de cuidados paliativos.

Este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, para além da introdução onde descrevo a problemática. O primeiro capítulo do enquadramento teórico situa o leitor na realidade dos cuidados paliativos portugueses, clarificando o que os dois níveis de cuidados paliativos necessários para a definição de ação paliativa e cuidado paliativo especializado no primeiro subcapítulo, deixando o segundo subcapítulo para se falar no problema da dor crónica não controlada na pessoa com doença oncológica avançada e o terceiro para me referir à evidência face à intervenção de enfermagem na gestão da dor crónica e do conforto da pessoa. O segundo capítulo está dedicado à execução das atividades realizadas ao longo de um percurso feito em quatro locais de estágios, analisando criticamente essas atividades à luz da evidência e dos resultados que tiveram para o desenvolvimento de competências e otimização das práticas de cuidados de enfermagem. No terceiro capítulo é feita uma avaliação do trabalho desenvolvido apresentando os pontos fortes e fracos do projeto, deixando para a conclusão, no quarto e último capítulo, uma síntese do trabalho desenvolvido, seus resultados e implicações para o futuro e para a prática de enfermagem.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- O desejo da integração da CP nos serviços hospitalares: O caso específico do serviço de urgência

O nascimento dos cuidados paliativos teve início na década de 60 no Reino Unido, com o movimento dos *hospice care*, através da contribuição decisiva do chamado pai dos cuidados paliativos, Cicely Saunders, que identificou a necessidade de uma abordagem humanista no cuidar da pessoa em fim de vida, através da implementação da continuação do cuidado, contrariando a atitude resignada de que mais nada havia a fazer (Magalhães, 2009).

Os cuidados paliativos são atualmente uma área em desenvolvimento que dá resposta à necessidade de uma medicina tradicionalmente curativa, evoluir para abranger para além da cura e a palição, através da promoção do alívio do sofrimento em doentes sem perspetiva de tratamento curativo e cuja expectativa de vida é geralmente limitada (Massa, 2010).

Em Portugal, é em 2012 que a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos vem determinar o acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos, estabelecendo a Rede Nacional de Cuidados Paliativos e definindo Cuidados Paliativos como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas especializadas a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2017).

A estrutura de cuidados CP portuguesa possui dois níveis de diferenciação: a abordagem paliativa; e os cuidados Paliativos especializados, ambas implicando competências para a resolução de problemas/necessidades das pessoas com doenças graves, avançadas e/ou progressivas, mas referindo que a primeira é transversal a todos os profissionais de saúde, que devem ser capazes de adotar ações paliativas, sem contudo, haver necessidade de cuidados especializados, e a segunda deve ser prestada por profissionais diferenciados (“paliativistas”), integrados em equipas interdisciplinares capazes de assegurar o acompanhamento clínico de doentes e famílias com alto grau de complexidade, e ainda desenvolvem o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. (CNCP, 2017)

É no contexto do nível básico de cuidados paliativos que surge o conceito de ação paliativa como medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva (CNCP, 2017). O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018 refere que todos os serviços, desde os CSP, pré-hospitalar, hospitalar e CCI devem ser capazes de prestar este tipo de ações, identificando os doentes com necessidades do foro paliativo, e prestando-lhes cuidados adequados e em caso de maior complexidade clínica, pedir apoio a equipas específicas de CP (CNCP, 2017). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2006), no documento respeitante às Recomendações para Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, salienta que nos diferentes âmbitos de saúde se devem prestar as ações básicas, designadas de ações paliativas, de apoio a doentes em fim de vida, constituindo este um nível básico de intervenção paliativa, exercido por equipas ou estruturas não diferenciadas.

Apesar da convergência de opiniões sobre o que são ações paliativas, e sobre o dever de todos os profissionais de saúde as desenvolverem, a verdade é que ainda existe um grande desconhecimento e ambiguidade relativamente ao modo como elas são reconhecidas na prática e de como decorre a sua operacionalização. O conceito de ação paliativa surge no âmbito da organização e planeamento dos cuidados paliativos em Portugal e é exclusivo da nossa realidade, levando a uma carência de estudos realizados e literatura que abranja especificamente a temática das ações paliativas. (Barbosa, 2010). Contudo, a definição e a existência da necessidade de implementação das ações paliativas na realidade portuguesa levaram ao desenvolvimento de alguns estudos, ainda que escassos, sobre estas. Um estudo qualitativo exploratório prospetivo de Barbosa (2010), sobre condições para o desenvolvimento de ações paliativas em unidades de internamento de agudos que pretendeu conhecer as opiniões de um grupo de peritos/informantes privilegiados sobre as ações paliativas passíveis de se desenvolverem em unidades de internamento de agudos, identificou as seguintes AP: Controlo de sintomas (avaliar, monitorizar, tratar) nomeadamente da dor, comunicação, apoio à família, apoio à referência para equipas de cuidados paliativos, promoção da prescrição de terapêutica adequada no controlo da dor, escolha de via de administração de

fármacos mais adequada, medidas não farmacológicas no controlo da dor e medidas dirigidas ao sofrimento existencial apoio na fase agónica (Barbosa, 2010).

Relativamente às ações paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros no serviço de urgência, Serrano (2016) através da aplicação de um estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva, chegou à conclusão de que as ações paliativas mais desenvolvidas pelos enfermeiros eram o alívio e controlo da dor, realização de medidas de conforto (pensos, posicionamento...), resolução de problemas respiratórios, encaminhamento para unidades de apoio e apoio à família.

1.2- Classificação de dor e pessoa com dor crónica oncológica.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, [IASP] (2011), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou é descrita em função dessa lesão. A sua natureza multidimensional implica variáveis ligadas à própria pessoa, ao processo de saúde-doença em que ocorre, e ao contexto em que a sua vivência acontece (Daeninck, et al., 2016; Scarborough & Smith, 2018).

A nível fisiológico, a dor resulta da ativação dos nociceptores que são neurónios aferentes primários específicos do sistema nervoso central, dando início ao processo da nociceção que compreende 3 etapas: a tradução que é a forma como os recetores identificam o estímulo; a transmissão que é o processo através do qual se dá a difusão dos impulsos pela espinhal medula até ao tronco cerebral e tálamo; a modulação ocorre quando a transmissão é modificada através de diversas influências neurais; a perceção que é o processo onde ocorre a interação com a componente afetiva individual, levando à criação de uma experiência emocional e subjetiva da dor (Brant, 2014; Costa 2017).

A dor, neuroceptiva pode ser de origem: somática, quando tem origem nos músculos, ligamentos, ossos, pele e articulações, sendo de fácil localização, desempenhando uma função fisiológica de preservação da integridade corporal e promoção da homeostasia, sendo frequentemente descrita como uma dor latejante, tipo moimha e com sensação de rigidez (Branco & Baptista, 2012; Branco, 2015); visceral, se a dor for proveniente dos órgãos internos, uma vez que a densidade dos nociceptores a nível visceral é inferior à das estruturas somáticas, esta dor é mal

localizada, acompanhada frequentemente de sintomas autonómicos e muitas vezes com irradiação para uma área anatómica diferente (Branco & Baptista, 2012; Brant, 2014; NCCN, 2018).

Quando a dor que resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é chamada de dor neuropática, esta acompanha quase sempre uma situação crónica e pode surgir tardiamente em relação à situação desencadeante, além de se poder localizar no território da estrutura nervosa afetada e não na região anatómica da lesão, dificultando o estabelecimento de um nexo de causalidade (Lopes, 2004; Branco & Baptista, 2012; NCCN, 2018). As manifestações da dor neuropática são frequentemente referidas como ardor, calor/queimadura, compressão/aperto, dor lancinante/choque elétrico, frio doloroso, picada ou guinada, associada a regiões com dormência ou parestesias (Branco, 2015).

A dor pode ainda ser classificada, tendo em conta a sua duração temporal em dor aguda e dor crónica, dependendo se tem início súbito, com provável duração limitada e está associada a estímulo dos recetores nociceptivos específicos, ou se persiste, para além do tempo necessário para a cura da lesão, permanecendo por três meses ou mais (Diniz & Naves, 2017). Assim, enquanto a dor aguda apresenta uma função protetora biológica, a dor crónica pode ser considerada como doença e não apenas um sintoma, podendo tornar-se refratária aos tratamentos, culminando numa síndrome grave, adversa e destrutiva para a pessoa, podendo piorar e afetar a função física, a interação social e a qualidade de vida na sua globalidade. (Diniz & Naves, 2017; Neves et al, 2017).

Quando associada ao cancro, a dor crónica designa-se de maligna ou oncológica, embora esta não esteja só relacionada com o próprio cancro, mas também com aos próprios tratamentos, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia (Chapman, 2012; Diniz & Naves, 2017). A sensibilização do nociceptor aferente primário (por fatores inflamatórios, acidose induzida pelo tumor, compressão de tecidos por invasão tumoral), a nocicepção aguda (pós-operatório), a compressão ou lesão de tecido nervoso são os possíveis mecanismos que explicam a complexa e múltipla fisiopatologia da dor oncológica (Ercolani, Hopf. & Schwan, 2018).

Na doença oncológica a dor crónica mais frequente é nociceptiva de origem somática, contudo pode ocorrer a presença de dor neuropática concomitantemente com a dor nociceptiva, nestes casos estamos na presença de uma dor mista (Diniz e Naves, 2017). Quando falamos de dor oncológica torna-se também indispensável falar

de dor irruptiva, uma vez que esta afeta 75% dos doentes com dor oncológica. Esta é caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão habitual, é imprevisível, surge rapidamente, varia na frequência e na duração e pode ser mais grave do que a dor de base (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Buchanan, Geerling & Davies, 2014), esta tem um efeito devastador no conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida, interferindo de forma moderada a grave no seu conforto (Boveldt et al., 2014).

A dor oncológica não pode apenas ser observada do ponto de vista fisiológico, uma vez que esta possui uma dimensão multifatorial em que a componente física pode ser modificada por fatores emocionais, sociais e espirituais, sendo que, esta perceção da dor que abrange as múltiplas dimensões do indivíduo chamando-se assim de dor total. (Freitas & Pereira, 2013)

1.3. A intervenção paliativa de enfermagem na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica avançada

O controlo sintomático da dor é um dos pilares dos CP (CNCP, 2017), sendo este um dos sintomas mais perturbador e angustiante na doença oncológica avançada, uma vez que resulta em grande sofrimento quer para os doentes, quer para a família (Barbosa & Neto, 2010). Contudo apesar da existência de linhas orientadoras, para a gestão da dor oncológica, a sua integração na prática é insuficiente (Brant et al, 2017), uma vez que 90% dos doentes paliativos experimentam dor em algum momento da evolução da doença, constituindo um problema de proporções epidémicas no doente oncológico (IASP, 2008).

Estão identificadas como principais barreiras à implementação das linhas orientadoras para a gestão da dor fatores relacionados com os profissionais de saúde, com a pessoa e com os próprios sistemas de saúde (Brant, 2018; Bethann & Cardinale, 2018). A falta de conhecimentos sobre utilização de opióides e sobre a utilização de estratégias não farmacológicas; a dificuldade em valorizar a dor no outro com desvalorização do seu autorrelato; a incorreta avaliação e registo; e a desvalorização da educação para a saúde são as principais barreiras associadas aos profissionais de saúde. Em relação às barreiras criadas pelo doente surgem a preocupação com o significado dor (se significa progressão da doença); os medos e mitos relativos ao consumo de opioides; o insuficiente conhecimento sobre a gestão

dos efeitos secundários (Bethann & Cardinale, 2018). Nas barreiras relacionadas com os sistemas e cuidados de saúde encontramos a inadequada formação dos profissionais de saúde; a dificuldade de acesso dos doentes a cuidados por falta de rastreamento eficaz; e a dificuldade na obtenção de opióides (Bethann & Cardinale, 2018; Uysal, 2018).

A avaliação da dor é considerada a primeira etapa para um controlo adequado da mesma, entendendo a dor como um fenómeno psicofisiológico, subjetivo e multidimensional complexo esta etapa é considerada de extrema importância, já que permite a compreensão da dor da pessoa e a medição do sucesso do tratamento. (Brant et al, 2017) Assim, a adequada gestão da dor crónica implica uma adequada avaliação da sua história na pessoa com doença oncológica, esta deve ter em conta a localização, duração, qualidade, frequência, intensidade, fatores de alívio, fatores de agravamento, impacto nas atividades de vida, evolução e padrão da dor, formas habituais de comunicar/manifestar/ expressar a dor, estratégias de *coping*; conhecimentos/perceção acerca da doença/ expectativas acerca da dor e do tratamento; impacto socio económico e espiritual da dor no trabalho, lazer, relações e estado emocional; sintomas associados; tratamentos realizados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

São múltiplos os instrumentos de avaliação da dor, importantes na compressão da dor da pessoa, podendo ser unidimensionais, onde apenas é avaliada a intensidade da dor, ou multidimensionais, adequados á avaliação da dor crónica, já que são avaliadas outras dimensões do individuo, como a sensitiva, emocional e cognitiva, estes últimos são de mais difícil e morosa aplicação (Ritto & Rocha, 2017). Nesta avaliação deve ser dada primazia aos instrumentos que permitem o autorrelato, considerando que a pessoa é a melhor avaliadora da sua dor, com recurso a escalas de autoavaliação como a: Escala da Faces de Wong-Baker, Escala das Faces Revista, Escala Qualitativa, Escala Visual Analógica e a Escala Numérica (EN) (European Society for Medical Oncology [ESMO], 2018; Nacional Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2018; Scarborough & Cardinale, 2018).

Sempre que o doente apresente limitação cognitiva ou incapacidade de comunicar recorre-se ao uso de escalas de heteroavaliação como a: Escala DoloPlus (Wary & Serbouti, 2001), utilizada em idosos, que permite avaliar a dor crónica pela observação de 10 parâmetros, validada para a realidade portuguesa por Guarda (2006); a *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (Feldt, 2000) sem validação para a

realidade portuguesa; a Escala de Avaliação da Dor na Pessoa com Demência Avançada, *Pain Assesment in Patients in Advanced Dementia* (PAINAD) (Arden et al, 2003) de fácil aplicação que permite a sua utilização em adultos com alterações cognitivas ou não comunicantes verbalmente, validada para a população portuguesa por Batalha et al (2012).

Relativamente ao tipo de dor, existe ainda uma escala de rastreio da dor neuropática, Questionário da Dor Neuropática (DN4), já validada para a realidade portuguesa (Azevedo et al, 2007) e de fácil aplicação (Rito & Rocha, 2017).

Quando falamos da avaliação da dor crónica, existem escalas como a *Brief Pain Inventory Short Form* (BPI) desenvolvida por Ceeland & Ryan (1994) que por ser multidimensional, avalia o impacto da dor crónica nas atividades de vida diárias, e o alívio obtido com a analgesia, esta escala é conhecida em português como o Inventário resumido da Dor- Formulário Abreviado e foi validada por Azevedo et al (2007).

O uso de terapêutica farmacológica é uma intervenção fundamental no controlo da dor oncológica, interferindo no processo de nociceção (Brant, 2014) e são vários estudos que propõem a seleção de um regime analgésico para a gestão da dor oncológica baseado na intensidade, utilizando a escada analgésica modificada da OMS (2017), composta por 3 degraus que guiam de forma sequencial a utilização de analgésicos em função da intensidade da dor, com esquemas de prescrição preferencial a hora fixa, com recurso a doses de resgate se dor intensa se manifestar apesar das doses regulares. (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017; Brant, Keller, Mcleod, Yeh, & Eaton 2018; ESMO, 2018; NCCN, 2018).

No tratamento da dor ligeira, primeiro degrau da escada analgésica de intensidade inferior ou igual a 3 na EN, a evidência recomenda o recuso a analgésicos, como o Paracetamol, Nolotil e anti-inflamatórios não esteroides como o Naproxeno, Ibuprofeno e Diclofenac.

No tratamento da dor moderada, segundo degrau da escada analgésica de intensidade 4 a 6 na EN, está recomendado o uso de opióides fracos, como o Tramadol e a Codeína (Won, et al., 2014; ESMO.2018; NCCN, 2018, Scarborough, & Cardinale, 2018). De notar que vários autores defendem o uso de opióides fortes em doses reduzidas no tratamento da dor oncológica a partir do segundo degrau por terem melhor resultado com menos efeitos secundários do que com o uso de opióides fracos. (ESMO ,2018; Scarborough & Cardinale 2018).

Ao terceiro degrau da escada analgésica da OMS corresponde a dor a severa, de intensidade superior a 7 na EN e no seu tratamento esta aconselhado o uso de opióides fortes com a Morfina, a Hidromorfona, a Oximorfona, o Fentanil e a Metadona (Won, et al., 2014; ESMO, 2018; NCCN, 2018; Scarborough & Cardinale, 2018), sendo destes, a morfina o opióide de primeira escolha para o controlo da dor oncológica, por ser eficaz, barata e de fácil acesso (Won, et al., 2014; Barnt, Eaton & Irwin, 2017; ESMO.2018; NCCN, 2018).

Alguns autores com Won, et al (2014) e Scarborough & Cardinale (2018) falam ainda de um quarto degrau correspondente à dor severa refratária, que ocorre quando não se consegue resposta analgésica mesmo com administração de grandes doses e rotatividade de opióides ou quando estamos perante efeitos colaterais significativos que não respondem a tratamentos pelos aos métodos convencionais. No seu tratamento está preconizado o recurso a administração, a longo prazo, de anestésicos e opióides intra-espinhais, bloqueios do sistema nervoso simpático de nervos periféricos e do neuro-eixo (Won, et al., 2014; Scarborough & Cardinale, 2018).

A terapêutica adjuvante deve ser utilizada em qualquer um dos degraus, uma vez que permitem o uso de menos doses de analgésicos e permite o controlo de outros sintomas que podem agravar a perceção da dor como a insónia, a contração muscular, ou a ansiedade (Brant et al. 2017). Assim anticonvulsivante, antidepressivos e analgésicos não opióides, podem ser utilizados como adjuvantes eficazes no controlo da dor oncológica, sendo os anticonvulsivantes, como a gabapentina e pregabelina, importantes adjuvantes no controlo da dor neuropática (Brant et al., 2017; NCCN, 2018; ESMO, 2018; Scarborough & Cardinale, 2018). Na dor óssea de origem metastática está recomendado o uso de fatores modificadores do osso como o ácido zoledrónico, certos radiofármacos e corticoide, nomeadamente a dexametasona (NCCN, 2018; Scarborough, & Cardinale, 2018).

Para o tratamento da dor irruptiva está recomendado o uso de opióides de ação rápida (dose de 10% a 20% do total da dose de opióides nas 24h), nomeadamente o fentanil transmucoso (Dalminck, 2016). Quando à necessidade do recurso a resgastes frequentes para o controlo da dor irruptiva é importante considerar a possibilidade de se estar perante uma situação de dor de final de dose ou de descontrolo da dor de base, com necessidade de reajustes do esquema terapêutico de base (Dalminck, 2016, Brant, Rodgers, Gallagher & Sundaramurthi, 2017; ESMO 2018; NCCN, 2018).

O controlo farmacológico da dor oncológica em SU, tem princípios importantes a serem considerados, em primeiro lugar a dor intensa não controlada é uma urgência médica e deve ser tratada como tal e, atendendo aos princípios gerais do tratamento da dor oncológica, tem de ser tratada com opióides no terceiro degrau (NCCN, 2018). Neste tratamento tem que se ter em consideração se estamos perante um doente virgem ao não em opióides, pois ao doente virgem de opióides com dor moderada a intensa, deve ser administrado 5-15 mg sulfato de morfina oral ou equivalente (efeito máximo em 60 min) ou de 2–5 mg de sulfato de morfina EV ou equivalente (efeito máximo em 15 min) (NCCN, 2018). No doente já tratado com opióides, administrar dose oral de opióide equivalente a 10% a 20% do total de opióides tomados nas últimas 24 horas (efeito máximo em 60 min) ou administrar a dose de opióide EV equivalente a 3% a 7% do total da dose de opióides tomados nas últimas 24 horas (efeito máximo em 15 min) (NCCN, 2018). Após administração reavaliar a dor, de acordo com o tempo de ação do fármaco, vigiando a intensidade da dor e os possíveis efeitos adversos (NCCN, 2018). Se o doente mantiver dor ou a dor piorar, aumentar a dose de opióide entre 50-100%. Se após 2 a 3 administrações o doente mantiver dor é importante considerar a titulação de opióides (NCCN,2018).

Na gestão da dor o uso de intervenções não farmacológicas demonstra eficácia em associação às intervenções farmacológicas (Scarborough, & Cardinale, 2018). Desta forma é de extrema importância adequar as intervenções às características e necessidades de conforto do doente. São várias as medidas não farmacológicas consideradas eficazes no tratamento da dor, e que podem ser integradas no planeamento de cuidados e decididas de forma autónoma pelos enfermeiros. Referimo-nos a intervenções como: a Terapia cognitiva comportamental, a distração, o relaxamento, a meditação, a imaginação guiada, o treino de estratégias de *coping*; a atividade física; o posicionamento de conforto; a massagem de conforto; a aplicação de frio/ calor, estimulação elétrica nervosa transcutânea; os ultrassons; a acupuntura; e o ensino (NCCN, 2018; Scarborough, & Cardinale , 2018)

O ensino e educação para a saúde têm um papel fundamental no controlo da dor, levando a uma melhor compreensão da dor e do tratamento e a uma melhor comunicação das características da dor e dos efeitos secundários da terapêutica , diminuindo a ocorrência de efeitos secundários e melhorando a adesão ao regime terapêutico, o que se traduz num melhor controlo da dor, porque diminui as barreiras

ao controle em cuidados paliativos (Doeninck, et al. 2016; Coyne, Mulveno & Paice, 2017; ESMO, 2018)

A dor numa pessoa em cuidados paliativos é de extrema complexidade, e o doente com doença oncológica avançada tem direito a ter a dor e outros sintomas aliviados, a um nível de redução que esteja de acordo com seus objetivos, sendo responsabilidade dos enfermeiros fornecer segurança e conforto ao doente e/ou a família (Coyne, Mulveno & Paice, 2017). Esta complexidade tem interferência direta no conforto do doente e segundo a teoria do conforto de Kolcaba (2003) a promoção do conforto é o objetivo maior da prática de enfermagem e o seu alcance um resultado sensível aos cuidados prestados.

A teoria do conforto, teoria de médio alcance, dá-nos uma visão holística do conforto, sendo este definido como “a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem da situação causadora de stress” (Kolcaba, 1994, pág. 174). engloba uma dimensão: física, dizendo respeito as sensações corporais; psico-espiritual de consciência de si, envolvendo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida; sociocultural envolvendo as relações interpessoais, familiares e sociais; ambiental, dizendo respeito as experiências humanas externas (temperatura, luz, som, odor, cor, ambiente...) (Kolcaba, 2003)

Existem três estados de conforto que são o alívio, a tranquilidade e a transcendência definidos por Kolcaba (2003) na sua teoria do Conforto. O Alívio que se caracteriza por um desconforto específico ultrapassado ou diminuído; a tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação, que é necessário para que haja conforto num estado mais duradouro; a transcendência que diz respeito à capacidade de ultrapassar desconfortos que não podem ser evitados ou eliminados (Kolcaba, 2003).

No caso concreto da dor esta provoca um desconforto específico que pode ser reduzido através da implementação de medidas de conforto, caracterizadas como intervenções de enfermagem que visam identificar e dar resposta às necessidades de conforto individuais (Kolcaba, 2003). Quando desenvolvemos intervenções de gestão da dor do tipo farmacológico, estamos perante medidas de conforto técnicas destinadas a manter a homeostasia ou recuperar as suas funções fisiológicas e prevenir eventuais complicações. Mas a dor é influenciada por multi-fatores, para os quais e são de extrema importância as medidas de *confort food for the soul*, que englobam medidas não farmacológicas de controlo da dor como a massagem, a

imaginação guiada, a musicoterapia e as adaptações do ambiente e que permitem aumentar a paz e a tranquilidade, visando a transcendência, que muitas vezes é alcançada através da relação marcante entre o enfermeiro e a pessoa (Kolcaba, 2003).

Desta forma é responsabilidade do enfermeiro identificar as necessidades de conforto dos clientes, implementar medidas de conforto e avaliar os resultados das estratégias adotadas para maximizar o conforto (Kolcaba, 2003). Como forma de avaliar estes resultados a autora propõe um instrumento de autoavaliação para medir o conforto a Escala Visual de Desconforto (Kolcaba, 2010), e um instrumento de heteroavaliação o *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 2002). Estes permitem avaliar a efetividade de uma intervenção de enfermagem e assim aferir o grau de conforto obtido, contudo o conforto pode ser medido através de escalas mais simples (Kolcaba, 2010),

2- EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

O projeto com intervenção desenvolvido serviu tanto como compromisso formativo, como de intervenção nos estágios que decorreram, entre de 24 de Setembro de 2017 e 9 de Fevereiro de 2018. Todo o trabalho foi desenvolvido sob a metodologia de projeto tendo como base um problema real identificado na minha prática, e a consequente implementação de estratégias eficazes atendendo à sua resolução, suportadas na evidência (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010). Este método é composto por cinco etapas: o diagnóstico de situação, onde se descreve a realidade e se identifica um problema; a definição dos objetivos, onde se sinalizam os resultados a alcançar ; o planeamento, onde é feita a planificação das atividades, estratégias e meios necessários; a execução e avaliação, onde se concretiza o planeado é feita a avaliação do o seu resultado; e a divulgação dos resultados, que se materializa através da elaboração de um relatório (Ruivo et al., 2010). Ao diagnostico de situação apresentado na introdução, com o instrumento de colheita de dados, o pedido de acesso aos dados dos utentes feito à comissão de ética do hospital e o tratamento e discussão dos dados, segue-se o planeamento e a determinação dos objetivos feitos na unidade curricular do 2º semestre de Opção II. Neste capítulo descrevem-se as atividades executadas nos estágios, orientadas por uma continua reflexão sobre essa prática baseada na evidencia, avaliada por resultados e indicadores. Estas atividades serviram para o desenvolvimento das competências indicadas na introdução

Para identificar as atividades a desenvolver foi adotada a metodologia adaptada do protocolo das revisões *scoping* subordinada à questão " Quais as boas práticas no controlo da dor na pessoa com doença oncológica em situação paliativa no SU". Para identificação dos estudos primários e após definidos os critérios de elegibilidade procederam-se à seleção das plataformas de pesquisas eletrónicas, CINAHL, MEDLINE, PubMed, de forma a extrair as palavras em linguagem natural que aludiam aos critérios de inclusão. Tendo em conta o grau de relevância no título e resumo de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: oncology nursing, emergency care, practice guideline, evidence base practice, chronicpain, cancerpain. Seguidamente foram confirmados os termos preliminares como descritores MeSH (Medical Subject Headings) através do site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> tendo obtido resposta positiva.

A pesquisa realizada nas plataformas CINAHL, MEDLINE, PubMed utilizou as expressões booleana OR e AND de todos os descritores, aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2008-2018. Da pesquisa na plataforma CINAHL resultaram 28 artigos, da pesquisa da MEDLINE 86 e da PubMed 9. Destes artigos foram rejeitados 4 por duplicação, 78 pelo título não ter haver com a temática em estudo, 33 após leitura do resumo. Da leitura dos estudos selecionados na pesquisa foram identificados nas referências bibliografia duas guidelines, as da NCCN e da ESMO consideradas pertinentes e que reuniam os critérios de inclusão e dois registos. Desta forma obtiveram-se 10 documentos para leitura integral e análise. A pesquisa desenvolvida encontra-se representada no fluxograma em apêndice (Apêndice 4).

A evidência encontrada serviu também de base ao enquadramento teórico deste trabalho, já anteriormente apresento.

Neste sentido, a execução das atividades planeadas decorreu durante um período de estágio de 18 semanas, com uma carga horária de 460 horas divididas por quatro locais, selecionados por atenderem a critérios como: serem serviços que cuidam de pessoas com doença oncológica avançada e incurável; serem serviços organizados com diferentes modelos de prestação de cuidados, consulta, atendimento urgente e internamento; terem equipas de referência para a prestação de cuidados paliativos à população de doentes oncológicos; e também por serem equipas de retaguarda e apoio especializados a doentes da área de influência da instituição onde exerço funções. Este locais de estágio foram: uma Unidade de Cuidados Paliativos, um Serviço de Atendimento Não Programado (SANP), uma Unidade de Tratamento da Dor e um Serviço de Urgência. O estágio na UCP decorreu entre 24 de setembro e 09 de novembro de 2017. O segundo estágio, realizou-se SANP, entre UTD 12 a 23 de novembro 2017, o terceiro estágio, numa UTD decorreu entre 26 de novembro e 14 de dezembro de 2017 e o último e quarto estágio, decorreu no SU, serviço onde exerço funções, no período compreendido entre 02 de janeiro e 07 de fevereiro de 2018.

2.1. Numa Unidade de Cuidados Paliativos

A escolha de local de estágio prendeu-se com o facto de esta unidade ser especializada no cuidado ao doente paliativo e referência para este tipo de cuidados na zona de influência do hospital onde exerço funções.

Esta é uma unidade nível II especializada na prestação de cuidados paliativos oncológicos com o objetivo da prevenção e intervenção no sofrimento da pessoa com doença oncológica avançada e da sua família, esta possui uma equipa multidisciplinar com formação diferenciada em cuidados paliativos que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, para além de médicos e enfermeiros, a equipa inclui técnicos na área social, psicológica e espiritual. A unidade não pode ser definida como uma unidade de nível III, pelas limitações referentes à formação e investigação observadas e identificadas. Apesar de todos os elementos da equipa terem pelo menos o curso básico de cuidados paliativos, não existe um plano de formação próprio e a Unidade não tem projetos de investigação como exigido no Plano Nacional de Cuidados Paliativos, PNCP (2004) que defende que unidades de nível III devem desenvolver programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos, desenvolvendo atividade regular de investigação em cuidados paliativos. Esta unidade se encontra fortemente diferenciada na prestação de cuidados ao doente paliativo. Os cuidados são prestados ao doente e sua família, de forma ativa e personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014; Pathmawathi, et al., 2015). A equipa possui capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, colaborando na formação de profissionais funcionando como campo de estágio de alunos da licenciatura, especialização e pós-graduação de enfermagem.

Fisicamente o serviço é composto por 20 camas distribuídas por 15 quartos, 10 individuais e 5 duplos, todos equipados com cama, televisão e sofá cama ou cadeirões que permitem a presença de acompanhante 24h. Compreende ainda um refeitório onde doentes e familiares podem fazer as suas refeições, com uma copa de apoio; uma sala de enfermagem; uma sala de terapêutica; uma sala de banhos, com condições para prestação de cuidados de higiene a pessoas em cadeira ou transfere, e com uma banheira de hidromassagem para promoção do conforto e alívio da dor; uma sala de espera com vários sofás, para familiares e visitas, onde são dadas também as informações aos familiares e onde se podem realizar as conferências familiares e outras intervenções (por exemplo psicológica) necessárias. Existem vários gabinetes médicos de apoio, e uma sala de reuniões, onde são realizadas as reuniões multidisciplinares (semanalmente). A nível estrutural, a unidade dá resposta às diretrizes da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006),

existindo mais de 20% de quartos individuais e disponibilizando condições para a permanência de acompanhante 24h por dia.

Estabeleceu-se como objetivo geral para este **estágio desenvolver competências na prestação de intervenções paliativas no controlo da dor no doente oncológico**. Para atingir este objetivo formam dilaniados objetivos específicos e desenvolvidas atividades para a sua concretização.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico, **integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, tendo em conta a estrutura, organização, dinâmica e funcionamento**, a primeira atividade desenvolvida foi uma **reunião com a enfermeira orientadora**, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nesta reunião tive a oportunidade de apresentar o meu projeto, de forma a orientarmos o estágio para os objetivos e atividades planeadas. A enfermeira orientadora explicou-me que esta unidade dá apenas resposta a doente com necessidades paliativas do foro oncológico, sendo uma valência da instituição, não pertencendo à na Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Os principais motivos de internamento deviam-se a exaustão do cuidador e ao descontrolo de sintomas, principalmente da dor, pelo que considerou muito pertinente o estágio nesta unidade.

Outra atividade a que me propus de forma a atingir este objetivo foi a **consulta de norma e procedimentos** relativos à gestão da dor e à promoção do conforto. Relativamente à gestão da dor existia um protocolo de atuação no serviço que permitia a administração de opióides de acordo com a intensidade da dor, contudo estes protocolos encontram-se atualmente em revisão e atualização, pelo que não estão a ser utilizado pela equipa. Encontra-se disponível com apoio ao processo de enfermagem a ENA como instrumento de avaliação e reavaliação da intensidade da dor nos doente com capacidade de autoavaliação e a escala de PAINAD como escala de heteroavaliação em doente sem capacidade de avaliação da dor, dando assim resposta à evidencia que define a necessidade de recurso a escalas quer de auto quer de heteroavaliação da dor (OE, 2008; ESMO,2018; NCCN,2018; Scarborough & Cardinale, 2018). A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, também está disponível como instrumento de avaliação do doente nesta unidade, sendo também de extrema importância já que possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos doentes, permitindo que a equipa multidisciplinar tome decisões adequadas para realização dos cuidados (Bruera et al, 1991).

Outra das atividades que desenvolvi foi a **identificação das intervenções de enfermagem no controlo da dor e promoção do conforto**. Quando falamos em controlo da dor, foi possível verificar que no contexto de estágio era indispensável a realização da avaliação inicial das características de dor tendo em conta a sua intensidade, localização, tipo, padrão, frequência, resposta ao esquema analgésico e medicação de resgate, fatores de alívio, fatores de exacerbação, impacto nas atividades de vida diárias e forma de manifestação no momento de admissão, sendo feito o registo da história da dor do processo de enfermagem, sendo esta sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada, uma vez que só com a avaliação regular desta em todas as suas vertentes é possível obter sucesso na estratégia terapêutica (DGS, 2012). No controlo farmacológico da dor pode verificar que a escolha farmacológica era feita de acordo com a escada analgésica da OMS, a via oral era utilizada como de eleição, sendo a via subcutânea utilizada quando a via oral não se encontrava disponível. O tratamento da dor era sistematicamente feito também com recurso intervenções não farmacológicas, como a musicoterapia, massagem, hidromassagem utilizando a banheira disponível para este efeito, escuta ativa, ensino, imaginação guiada dando estas práticas resposta à evidência identificada no enquadramento teórico deste relatório. Este tipo de resposta vai de encontro à evidência identificada no enquadramento teórico deste relatório.

Apesar de a unidade não utilizar um instrumento efetivo de avaliação do conforto, pode observar uma constante preocupação com este, por exemplo, os cuidados de higiene eram sempre programados de acordo com o esquema analgésico de forma a garantir uma cobertura analgésica máxima no momento dos cuidados de higiene, neste serviço não existiam rotinas, o doente era posicionado, alimentado quando queria e apenas para seu conforto, perguntas como “está confortável assim”, o que “o que posso fazer para que fique mais confortável” eram parte integrante da prática diária dos cuidados. As ações de enfermagem regiam-se desta forma pelo desenvolvimento de ações com intuito de promover o conforto tanto no contexto físico (com intervenções farmacológicas de controlo da dor), como no contexto psicoespiritual, social e ambiental (através das intervenções não farmacológicas). (Kolcaba, 2003).

Outra das atividades desenvolvidas foi a **prestação de cuidados paliativos especializados à pessoa com doença oncológica, no controlo sintomático da dor**. Foram prestados cuidados a 5 pessoas com descontrolo sintomático da dor,

tendo observado e intervindo num total de 14 episódios de dor. De forma a facilitar a avaliação da dor, e a eficácia das intervenções implementadas, foi elaborado o instrumento de avaliação da dor e das intervenções desenvolvidas disponível em apêndice (Apêndice 5). O desenvolvimento deste instrumento teve como base as recomendações da OE (2018) relativas às boas praticas na gestão da dor, tendo sido também introduzida a Escala Visual de Desconforto (Kolcaba, 2010), de forma a identificar o impacto da dor e das intervenções realizadas no conforto.

A análise dos dados referentes a estes episódios pode ser consultada também em apêndice (Apêndice 6). As questões éticas relativas à aplicação do instrumento e divulgação dos dados foram garantidas através do pedido de implantação do mesmo tanto à enfermeira chefe do serviço como aos doentes interveniente, na divulgação dos dados recorreu-se ao uso de letras e números para identificados os doentes e os episódios de forma a garantir o anonimato.

Durante o estágio a administração de administração de resgates foi a estratégia farmacológica que mais vezes tive oportunidade de desenvolver. A utilização de resgates vem de encontro ao objetivo primordial do controlo da dor, que é o alívio do sofrimento depressa e bem, periodizando-se resultados rápidos em situações de sofrimento, complementando-as depois com outras respostas mais lentas, mas com maior continuidade de resultados (Pina, 2012). Neste sentido, outras das intervenções que tive oportunidade de desenvolver foi o acerto de esquemas analgésicos, sobretudo por falhas de controlo satisfatório da dor basal estas decisões terapêuticas relativamente à escalada analgésica e adequação do esquema analgésico de base, foram sempre tomadas dentro do contexto das intervenções interdependentes de enfermagem, enfermeiro através do seu papel na identificação da necessidade de intervenção e o médico na prescrição terapêutica.

Relata-se a intervenção em uma doente de 62 anos e um colangio-carcinoma com carcinomatose peritoneal, com episódios recorrentes de dor intensa (superior a 8 na ENA). Num determinado dia fiquei com a doente a meu cuidado e assim que entrei no quarto apercebi-me que estava com dor, não tinha chamado para se queixar mas encontrei-a a gemer, quando a questionei sobre a intensidade da sua dor, na ENA referiu-me que era de 9 e do seu desconforto de 10. Na passagem de turno tinha sido transmitida a informação a doente tinha passado a noite acordada com dor mas tinha recusado analgesia, quando a questionei sobre o motivo para tal referiu-me que não queria tomar medicamentos para a dor porque se sentia mais sonolenta e não

queria que a família a visse assim. Primeiro perguntei-lhe se a podia ajudar de alguma forma a aliviar a sua dor sem a medicação, ela respondeu que se eu a ajuda-se a posicionar-se, com uma almofada no fundo das costas possivelmente ficaria melhor, a doente referiu sentir-se mais confortável mas mantinha a dor. Sentei-me junto a ela de forma a demonstrar a minha total disponibilidade para a escutar e ajudar a ultrapassar a sua dor e tentei refletir com ela sobre esta recusa da analgesia de resgate, em primeiro lugar expliquei-lhe que realmente a sonolência poderia ser um dos efeitos secundários do opioide, mas que o facto de não dormir devido à dor também poderia ser motivo dessa sonolência, além disso certamente que ela não queria que a família a visse assim, em sofrimento e que tendo a dor controlada mais facilmente teria disponibilidade para ela. Esta minha disponibilidade para tentar compreender o problema e ajudar na sua resolução foi o gatilho para o estabelecimento de uma relação de confiança. Começou então a expor os seus sentimentos e preocupações em relação à progressão da sua doença "sabe não é só o eu ficar sonolenta, é que eu sei que ter muitas dores é sinal de que estou a morrer, faz parte desta doença..." (sic), expliquei que o facto de estar doente não significava ter de sofrer, e que eu estava ali exatamente para isso, para tentar aliviar o seu sofrimento, que o posicionamento podia ajudar mas como ela estava a ver não era suficiente. Após a nossa conversa a senhora aceitou o resgate prescrito ficando combinado que se continuasse a sentir sonolência falaríamos com o médico para proceder a um ajuste terapêutico de forma a controlar a dor sem este efeito adverso. Passados 30 minutos, foi reavaliada a intensidade da dor, e do desconforto autoavaliou-se em 4 e em 2, referindo que apesar de ainda sentir alguma dor, a sua intensidade associada ao posicionamento era suficiente para se sentir relativamente confortável. Perguntei se achava que se sentiria ainda mais confortável se conseguisse descansar já que pouco tinha dormido durante a noite, respondeu-me que sim, assim diminui a luz no quarto e fechei a porta de forma a diminuir o ruído exterior, providenciando condições de conforto não só para o alívio da dor com a diminuição dos estímulos externos, mas também para a promoção do repouso e assim do conforto também.

Considero que esta intervenção decorreu de acordo, não só com as boas práticas de controlo da dor, que recomendam que as intervenções não farmacológicas sejam concomitantes à intervenção farmacológica, não estando previstas para substituir a analgésica farmacológica, mas revelam-se úteis como adjuvantes na

obtenção ou recuperação do bem-estar e conforto da pessoa (OE, 2008; ESMO, 2018 e NCCN, 2018), mas também ao defendido por Kolcaba (2003) uma vez que foi possível aumentar o conforto através da promoção do estado de alívio da dor, e tranquilidade, tendo interferido no contexto físico, através da diminuição da intensidade da dor, no contexto ambiental por promover um ambiente mais calmo e no psicoespiritual, ao promover a escuta ativa, o suporte emocional e o ensino através da desconstrução de mitos sobre a dor no doente em fim de vida. O conforto é um princípio fundamental da prática de enfermagem, sobretudo em contexto de cuidados paliativos. O controlo de sintomas, nomeadamente o controlo sintomático da dor, é uma das áreas de intervenção na procura de bem-estar e conforto (CNCP, 2017).

Esta intervenção foi um marco importante no processo de controlo da dor desta doente, já que ela passou a verbalizar mais a sua dor, aceitando as doses de regate, acabou por não ser necessário o reajuste terapêutico, já que esta não voltou a referir sonolência como efeito secundário, antes pelo contrário, verbalizou que o ter a dor controlada a deixava com melhor disposição e menos vontade de estar deitada.

O segundo objetivo geral para este estágio foi **conhecer os limites entre a abordagem paliativa e cuidados paliativos especializados, nomeadamente no controlo sintomático da dor**. Assim, de forma a atingir este objetivo, foi realizada uma **Reunião de Trabalho com os colegas da UCP** para análise das metas do último plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e possível forma de implementação das ações paliativas no serviço de urgência disponível em apêndice (Apêndice 7), procedi também à **elaboração de um Guião de entrevista à enfermeira coordenadora da RNCC**, para clarificação da implementação de ações paliativas em unidades não diferenciadas em cuidados paliativos, e sobre o papel da EIHS CP nestes disponíveis também em apêndice (Apêndice 8).

Relativamente ao controlo sintomático da dor, os doentes encaminhados para a UCP necessitavam de apoio de equipa especializada por dor de difícil controlo apesar do aumento de dose de base ou por não se conseguir um equilíbrio entre o controlo sintomático da dor e efeitos secundários dos opióides (NCCN, 2018). Contudo, é possível intervir em situações de menor complexidade em contexto de urgência realizando uma intervenção no controlo da dor de acordo baseada nas recomendações da boa prática, prestando cuidados numa filosofia de trabalho em equipa, envolvendo a família e o doente nos cuidados, tentando compreender o nível de dor a atingir que, considerado aceitável por estes, vai definir o limite da intervenção,

sendo que, se não for atingido, é necessário intervenção mais complexa e diferenciada e sempre que necessário, referenciação de situações complexas. (ESMO, 2018; NCCN, 2018; Won, et al, 2018). Na entrevista à enfermeira coordenadora da RNCC (Apêndice 8), esta refere a abordagem paliativa como uma obrigação e responsabilidade de todas as estruturas não diferenciadas em cuidados paliativos que assistem este tipo de doentes, considerando-a ações de intervenção básicas em situações de baixa complexidade. Refere ainda que, estando perante doentes com alta complexidade, por exemplo sintomas difíceis de controlar, contextos familiares complicados, exaustão do cuidador, estas situações precisam de ser acompanhadas por equipas específicas para a prestação de cuidados paliativos (S. Neves, comunicação pessoal, 8 janeiro de 2019).

O desenvolvimento de competências neste contexto de prestação de cuidados foi fundamental para a incorporação dos resultados da investigação e evidência na prática, permitindo-me questionar, problematizar e refletir sobre ela; possibilitou ainda o desenvolvimento da capacidade de apreciação holística e integrativa das situações, capacidade de raciocínio, julgamento crítico e intervenção diferenciada, permitindo um papel mais diferenciador nas oportunidades de intervenção, na avaliação, diagnóstico, construção e execução de plano de intervenção, bem como monitorização de resultados e posterior comunicação de resultados, como elemento da equipa multidisciplinar (OE, 2010). A realização destas atividades possibilitou ainda demonstrar o desenvolvimento de competências na promoção do ambiente, físico, psicossocial, espiritual e cultural gerador de segurança; na otimização do processo de cuidado, melhorando a informação e a variedade de soluções a oferecer, colaborando na tomada de decisões; capacitação para a tomada de decisões éticas na prestação de cuidados paliativos, nomeadamente no controlo sintomático da dor, baseadas nas competências adquiridas, novos conhecimentos e experiências vividas no controlo da dor, para a resolução de problemas em parceria com o doente e família, suportada em princípios deontológicos, avaliando depois os resultados das tomadas de decisões (OE, 2010). Foram ainda desenvolvidas competências na capacidade de identificação das necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, de forma a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento (OE, 2018).

2.2. Num Serviço de Atendimento Não Programado

Este SANP onde decorreu o segundo estágio pertence a um hospital de referência na prestação de cuidados ao doente oncológico, sendo um serviço que dá resposta de carácter de urgência ao doente oncológico, daí ter-se tornado relevante a sua inclusão como campo de estágio.

Defini como objetivo geral para este campo de estágio, **otimizar a prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica com necessidade de atendimento urgente por agravamento sintomático da dor.**

Para atingir este objetivo formam delineados dois objetivos específicos, sendo o primeiro, **integrar de forma progressiva a equipa, tendo em conta a estrutura, organização, dinâmica e funcionamento.** A primeira atividade desenvolvida para a concretização deste objetivo foi uma **reunião com a enfermeira chefe e também orientadora.** Durante a reunião apresentarei o meu projeto e objetivos para o estágio, mas sobretudo as atividades previstas para este estágio. A enfermeira chefe considerou o tema do projeto pertinente e útil para os cuidados desta população, que procura os serviços para aliviar o seu sofrimento. Foi reconhecida por esta que os doentes da sua instituição tinham uma vantagem tremenda quando falamos de falta de controlo da dor, uma vez que dispõem de uma porta aberta para uma instituição diferenciada e especializada na prestação de cuidados ao doente oncológico. Foi-me dito ainda que a equipa era muito jovem e que a minha presença e partilha do projeto de intervenção com a equipa, seriam de extrema importância para a sensibilização desta para este problema. Desta forma foi estabelecido um tempo para que eu pudesse, de forma sucinta, partilhar o projeto com a equipa, em várias reuniões de passagem de turno.

Outra das atividades foi fazer uma **visita ao serviço.** Apesar de não ser um serviço de urgência, o SANP tem várias valências que permitem responder às emergências oncológicas em atendimento ambulatorio, dando resposta a interferências urgentes de causa oncológica (da doença ou dos tratamentos), onde se inclui o descontrolo algico. O SANP dispõe de equipa própria de enfermagem (21), assistentes operacionais (12) e assistentes técnicos (4). Não possui equipa médica própria, sendo a responsabilidade assistencial da especialidade que está responsável pelos cuidados do doente na instituição. A exceção a este acompanhamento ocorre aos fins-de-semana, feriados e fora do horário normal de trabalho, sendo os cuidados

médicos assegurados por escala interna das diferentes especialidades, que apoiam em regime de prevenção.

A **consulta de norma e procedimentos** relativos à gestão da dor e à promoção do conforto foi outra das atividades planeadas para este estágio, contudo o serviço não dispões de normas de procedimentos no âmbito da gestão da dor, encontrando-se em desenvolvimento pela unidade de tratamento da dor da instituição um protocolo para tratamento urgente de episódios de descontrolo sintomático da dor crônica.

Para atingir o segundo objetivo específico, **cuidar de pessoas com doença oncológica com episódios urgentes de dor, complexa ou não, não controlada**, foi **planeada a** atividade de **identificação das intervenções de enfermagem no controlo urgente da dor na pessoa com doença oncológica**. Usando os mesmos indicadores usados no instrumento do apêndice 4 Pude observar que no SANP, o cuidar destas pessoas com necessidade de controlo urgente da dor começa sempre com a avaliação da dor no momento da triagem. Apesar de não existir um instrumento para a sua avaliação sistematizada, pude observar que esta era feita tendo em conta as variáveis presentes na história de dor com: a intensidade com recurso à Escala Numérica ou à Escala Qualitativa, selecionada corretamente de acordo com as características de cognição e literacia do doente; o tipo de dor; a localização; os fatores de alívio; os fatores de agravamento; o impacto que da dor nas atividades de vida diárias; os padrões temporais ; o significado dado à dor; a presença de sofrimento ou conflito existencial; os fatores culturais e crenças relacionadas com a dor; a história clínica; esquema analgésico prescrito; e a adesão ao regime terapêutico. (OE, 2008; Brant, Eaton & Irwin, 2017; ESMO,2018; NCCN,2018; Scarborough & Cardinale, 2018)

A decisão sobre o plano de cuidados dava-se depois desta colheita de dados. São episódios de dor intensa (≥ 8 da EN), que mais levavam os doentes a recorrer a este serviço, tendo verificado que mediam as dores intensas com morfina, ou seja, com o analgésico com poder analgésico corresponde à intensidade da dor, sendo a o calculo da dose feito através de titulação individual (10-20% da dose diária habitual) (Brant et al, 2017). A via mais utilizada era a subcutânea, apesar de a evidência referir a via oral como a via de eleição no tratamento da dor oncológica (Dalminck, 2016, Brant, Rodgers, Gallagher & Sundaramurthi, 2017; ESMO 2018; NCCN, 2018) esta pratica não é completamente desviante, já que autores como Won et al (2014) defendem que em contexto de urgência, quando já está garantido acesso parentérico

devido por exemplo à necessidade de administração de outros fármacos, ou quando estamos perante a necessidade de um controlo rápido da dor, a via parentérica pode estar indicada.. Além disso a titulação de opióides para esta via também é fácil, sendo uma via que proporciona um alívio rápido quando existe um descontrolo severo da dor, conseguindo-se desta forma atingir níveis de dor que se associem ao aumento desejado de conforto mais rapidamente (ESMO, 2018).

Pode também observar decisões sobre intervenções autónomas relativas a medidas não farmacológicas, como forma de promover o alívio da dor e do conforto do doente. Muitas vezes somos levados a pensar que, em contexto de urgência, as intervenções não farmacológicas não têm lugar pelo tempo e complexidade que à primeira vista implicam. Centradas na especificidade do contexto de cuidados, são descritas em alguns estudos de investigação (Thomas, 2007; Duignan, Dip & Dunn, 2008), a falta de tempo e o pouco tempo de contacto com a pessoa como fatores que impedem a execução destas intervenções de enfermagem para controlo da dor em contexto de urgência. Mas no contexto deste estágio pude verificar que neste serviço se executam frequentemente intervenções autónomas desta área, como, os cuidados de suporte emocional, os posicionamentos terapêuticos, atos de promoção da tranquilidade através de um ambiente calmo que procura responder às necessidades de conforto manifestada pelo doente. De referir que as implementações destas medidas de conforto possibilitam a manutenção da homeostasia e controlo da dor e, por sua vez, possibilitam a obtenção do conforto como resultado (Kolcaba, 2003).

Foi possível também verificar que além da avaliação da dor e implementação adequadas de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o encaminhamento após a alta fazia parte integrante do processo de enfermagem. O doente só tem alta do SANP quando se obteve um adequado controlo do episódio agudo da dor (nível 0 ou de dor ligeira), mas verificamos que existe da parte médica e de enfermagem uma preocupação em garantir que as intervenções decididas permaneçam como adequadas à manutenção do controlo da dor em ambulatório. Assim, em todas as situações, além dos respetivos ajustes de terapêutica, também ficaram programadas reavaliações em consulta para validação da eficácia das intervenções implementadas. É responsabilidade do enfermeiro garantir a acessibilidade de todos os doentes a especialistas em dor e cuidados paliativos garantindo a continuidade de cuidados sempre que necessário (Coyne, Mulveno & Paice, 2017).

Outra das atividades desenvolvidas foi o **acompanhado 6 pessoas com descontrolo sintomático da dor**. A razão do descontrolo da dor oncológica em 3 pessoas, foi a não adesão ao esquema terapêutico, fiquei extremamente surpreendida com este número (50%), embora saiba que existem várias barreiras relacionadas com o doente que o impede de tomar os analgésicos prescritos, e que levam ao insuficiente tratamento da dor. (Scarborough & Smith, 2018)

Uma das pessoas que acolhi no serviço foi uma senhora de 82 anos, com uma neoplasia da mama, com metastização óssea, que recorre as SANP por dor de intensidade 9 (EN) na região dorsal e desconforto 10 na Escala Visual do Desconforto. As manifestações de dor eram visíveis por a senhora, a expressão facial era distorcida, com sobrancelhas descaídas, olhos semicerrados e lábios contraídos; não se conseguir sentar, agarrava-se ao mobiliário envolvente; não conseguia estar quieta, balançando-se e movimentando constantemente as mãos; associava ainda queixas verbalizadas dizendo repetidamente “ai dói tanto...ai dói tanto...” (sic) tal era a sua intensidade (Feldt, 2000). Durante a avaliação inicial apercebi-me que o esquema terapêutico era adequado, estava a ser gerido pela filha que era a cuidadora, mas esta, que acompanhou a mãe ao serviço, não cumpria o esquema relativamente ao uso de resgates. Quando a questioneei sobre o motivo pelo qual não tinha administrado o resgate prescrito, apercebi-me que os motivos da não administração da terapêutica prendiam-se com os mitos instituídos relativamente ao uso de opióides, a filha referiu que a mãe estava “viciada nos comprimidos” (sic), uma vez que estava sempre a solicitá-los. A doente tinha prescrito como esquema de base Sulfato de morfina 30 mg de 12 em 12h e Nolotil 575 mg via oral de 8/8 com. com resgates de Oramorph® 6mg via oral de 4/4h, mas a filha apenas lhe fornecia o esquema de base, não utilizando a dose de resgate em situações de agravamento da dor. Tendo em conta esta realidade foi explicado à cuidadora que a dor irruptiva pode surgir em qualquer momento e que é para ela a mãe que tem instituídos os resgates, que estes não provocam dependência, e que o fato da sua mãe pedir com frequência os regates, nada tem a ver com o “vício em comprimidos” (sic), mas sim com o fato de ter realmente dor. Foi ainda explicado que sem um correto uso de resgates era difícil definir se a resposta e estes não era mesmo eficaz e validar da necessidade de reajustes terapêuticos.

Tendo em conta este contexto, a dor foi tratada com recurso ao opióide na dose e via do resgate já instituído de forma a aferir sobre a sua eficácia. Após 30 minutos

da sua administração a dor foi reavaliada e a doente referiu ter uma dor 4 (na EN) e sentir um desconforto de 4, na Escala Visual do desconforto. Apesar de se ter verificado uma eficácia no tratamento do episódio de dor, a minha intervenção não se limitou a esta intervenção, da administração da terapêutica depois de informar a senhora e pedir o consentimento, tendo focado a minha intervenção para além das medidas de conforto técnicas. Tomei a decisão sobre os ensinamentos a fazer sobre a administração do esquema terapêutico já instituído, explicando a função da terapêutica de base e a de resgate por responderem a dores diferentes, bem como dos benefícios da medicação para o controlo adequado da dor e desconstruindo a opioidofobia através de uma comunicação eficaz onde se envolveu o familiar e a senhora no tratamento, elementos referidos nas orientações da ESMO (2018). O desenvolvimento desta intervenção permitiu promover o conforto defendido por Kolcaba (2003), através do alcance de estados de alívio e tranquilidade no contexto físico da dor, através da promoção da adesão à terapêutica, no contexto psicossocial incitando sentimentos de segurança e de suporte, diminuindo ou anulando eventuais medos e/ou incertezas associados a esquemas terapêuticos, e no contexto sociocultural com o envolvimento da filha cuidadora.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências na capacidade de identificação das necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, de forma a diminuir o seu sofrimento estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa e família em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, (OE, 2018). Considero que com esta atuação ficam demonstradas competências ao nível do reconhecimento e de suporte de pessoas vulneráveis, utilizando habilidades avançadas baseadas na evidência, de avaliação, diagnóstico e tomada de decisão clínica na promoção de intervenções (EONS, 2018) Esta atividade permitiu ainda demonstrar competências na aplicação de conhecimentos e nas capacidades de compreender e resolver problemas e situações novas em contextos multidisciplinares (Decreto-Lei nº 74/2006);

2.3 Numa Unidade de Tratamento da Dor

Este estágio tem como objetivo geral, **desenvolver competências no controlo da dor crónica no doente oncológico em ambulatório**, de forma a atingir este objetivo formam delineados objetivos específicos e desenvolvidas atividades para a sua concretização sendo o primeiro desses objetivos específicos, **integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, tendo em conta a estrutura, organização, dinâmica e funcionamento da UTD.**

a primeira dessas atividades, uma **reunião com a enfermeira orientadora**, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com uma pós-graduação em medicina da dor. Nesta reunião participou também o outro enfermeiro da equipa da consulta, também especialista em enfermagem médico-cirúrgica, desta forma foi possível a apresentação do projeto a ambos os enfermeiros desta unidade. A enfermeira orientadora realçou a importância do projeto, referindo que os doentes seguidos em consulta, às vezes também têm de recorrer ao SU fora das horas de funcionamento da unidade, e que estes são sub-tratados e desvalorizados quanto ao seu sofrimento, principalmente quando estamos perante situações de doença avançada. Foi mostrada por parte dos enfermeiros total disponibilidade para me acompanhar no desenvolvimento das minhas atividades, o que permitiu que os sentimentos de apreensão iniciais, relativos à receptividade ao projeto se dissipassem.

A enfermeira orientadora, fez-me uma **breve apresentação** da UTD, explicando que a consulta é sempre multidisciplinar, com presença do médico e enfermeiro. Enquanto um dos enfermeiros fica na consulta, outro fica na sala de tratamentos, onde são efetuadas as técnicas farmacológicas para o tratamento da dor

Foi-me também apresentado o projeto da UTD de terapias não farmacológicas, que consiste na implementação de intervenções não farmacológicas de controlo da dor, de forma regular em consulta de enfermagem própria, que funciona duas vezes por semana para proporcionar conforto e bem-estar através de intervenções autónomas de enfermagem, como a massagem de relaxamento, a acupunctura, o Reiki, a musicoterapia, a aromaterapia, a reflexologia, a aplicação de frio e de calor. É realizada por enfermeiros da instituição com formação especializada nestas áreas. O acesso a esta consulta é feito por referência da consulta da dor.

Esta unidade classifica-se, segundo o Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCD) (DGS, 2008), como uma Unidade Multidisciplinar de Dor, pois destina-se ao diagnóstico e tratamento da dor crónica está dotada de uma equipa multidisciplinar, que integra no mínimo um médico coordenador da unidade com a competência em Medicina da Dor (Anestesia), para além de ter médicos de pelo menos 3 especialidades diferentes, um psicólogo clínico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e técnico administrativo. A unidade cumpre também outros critérios do PNLD (2008), nomeadamente, ter um centro de custos independente, funcionar em espaço próprio e ter atividade diária, incluindo atendimento telefónico. Além disso, deve ainda estar capacitada para o tratamento de doentes em ambulatório e internamento, para colaborar com os restantes serviços hospitalares ou em situações de urgência, devendo funcionar com protocolos de atuação terapêutica sujeitos a avaliação regular.

A segunda atividade desenvolvida foi a **consulta de norma e procedimentos** para gestão da dor e promoção do conforto. Existe no serviço um *Protocolo de intervenção para controlo e gestão da dor*, que, como todos os protocolos serve para orientar as decisões dos enfermeiros a respeito dos cuidados, baseados em evidências científicas, permitindo a redução da variabilidade de ações de cuidado e melhorando a tomada de decisão (Rosenfeld et al 2013), no caso para dar orientações para a implementação de intervenções farmacológica e não farmacológicas e gestão de efeitos secundários dos opióides. Na leitura do protocolo pude verificar que este se encontra adequado à evidência existente preconiza, por exemplo: a utilização de analgésicos de acordo com a escada analgésica, com o recuso a opióides fortes, nomeadamente a morfina, no controlo da dor intensa, referindo a via oral como via de eleição (Brant, Keller, Mcleod, Yeh, & Eaton 2018; ESMO, 2018 ; NCCN,2018); a gestão dos efeitos secundários, nomeadamente a obstipação, dando indicação para o uso de laxantes profilaticamente e aumento da dose em caso de obstipação (ESMO, 2018; NCCN, 2018); e a utilização de medidas não farmacológicas em associação as medidas farmacológicas (NCCN, 2018; Scarborough, & Cardinale , 2018).

Existe também um *Protocolo de aplicação do apósito transdérmico de capsaicina 8% local*, que é um procedimento de enfermagem sobre o plano educativo a fazer à pessoa com dor neuropática tratada com este fármaco. Este protocolo estabelece a intervenção sistematizada e fundamentada na evidência científica para

promover a adesão da pessoa ao regime terapêutico e garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. A consulta deste protocolo permitiu-me o primeiro contacto com esta intervenção farmacológica para tratamento da dor neuropática desconhecida para mim até ao momento.

Para atingir o segundo objetivo específico, **cuidar de pessoas com doença oncológica e dor crónica em contexto ambulatorio**, foi planeada a atividade de **identificação das intervenções de enfermagem na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica**. Durante os primeiros dias de estágio tive a oportunidade de assistir a 5 consultas multidisciplinares, duas primeiras consultas e três consultas subsequentes. Usando os mesmos indicadores usados no instrumento de colheita de dados do diagnóstico ou do instrumento do apêndice 5. Pude observar que na UTD é feita uma avaliação inicial da dor padronizada através de um guião de entrevista, que faz parte do protocolo do tratamento da dor da unidade, este engloba a caracterização do doente e a da sua história de dor, nomeadamente, a resposta ao esquema analgésico e de resgate, formas habituais comunicar/ manifestar a dor, fatores de alívio e exacerbação, estratégias de *coping*, interferência nas atividades de vida diárias e conhecimento/perceção acerca da doença e expectativas acerca da dor. A dor é ainda caracterizada quanto à sua intensidade recorrendo à EN e Escala Qualitativa para autoavaliação e Escala de PAINAD para heteroavaliação, irradiação, localização em diagrama corporal, bem como a caracterização do seu tipo como irruptiva, acidental, de fim de dose, neuropática (pela aplicação do Questionário Específico para o Rastreo da Dor Neuropática [DN4]), óssea ou visceral. Todos estes indicadores encontram-se amplamente recomendada na evidência, (OE, 2008; ESMO, 2018; NCCN, 2018, Scarborough & Smith 2018).

Durante este momento inicial da consulta, eram também identificadas as expectativas para a pessoa em relação ao tratamento. Este dado é de extrema importância, uma vez que uma vez que expectativas apropriadas estão ligadas a melhores níveis de satisfação e adesão qual a referência desta afirmação. Após a avaliação abrangente da dor estar completa, deve ser implementado o plano de gestão da dor (Bethann et al., 2018).

Nesta consulta pude verificar que a prescrição farmacológica tem por base a Escada Analgésica da OMS (1996), porque fazem uma prescrição gradual do analgésico determinada pela severidade da dor, aumentando o potencial analgésico do medicamento à medida que o nível de dor aumenta (OMS, 1996; Bethann et al.,

2018). A equipa associa a esta abordagem multimodal de opióides, medicamentos adjuvantes e intervenções não farmacológicas podem ser usadas em contexto ambulatório e de seguimento em consulta (Bethann et al., 2018).

As consultas subsequentes são fundamentais para a monitorização objetiva da eficácia das intervenções anteriormente prescritas e da adesão ao regime terapêutico, de forma a identificar a necessidade de reajustes terapêuticos. As ferramentas utilizadas na reavaliação são as mesmas das usadas na avaliação inicial, garantindo-se a utilização da mesma escala avaliação da intensidade da dor. A dor deve ser avaliada de forma contínua, com seguimento regular (NCCN , 2018)., e embora o doente possa não se tornar completamente livre de dor pode trabalhar em parceria com os profissionais de saúde para determinar um plano que lhe permita viver uma vida funcional e independente com níveis toleráveis de dor tal como referido por (Coyne, Mulveno & Paice , 2017)

No contexto deste estágio foi possível observar e compreender a importância da relação terapêutica, que se desenvolve ao longo do tempo. Esta relação estabelece-se desde a primeira vinda da pessoa à UTD, e passa não só pela comunicação verbal, mas também pela comunicação não-verbal dando espaço à pessoa para que expresse a história da sua dor, as suas preocupações e as medidas de alívio que tem tomado até então, construindo assim desta intervenção, uma relação de confiança. Uma vez que na UTD, existe uma equipa fixa de dois enfermeiros estes conseguem desenvolver uma relação de proximidade, estabelecendo uma ponte paciente- família/ enfermeiro.

Particpei em 4 consultas de terapias não farmacológicas, onde o enfermeiro toma decisões de forma autónoma na prescrição do tratamento. A UTD possui uma equipa de enfermagem e espaço próprio para a intervenção não farmacológica da dor, encontrando-se a sua intervenção muito centrada na promoção do conforto. Esta equipa focaliza as suas intervenções na massagem, aromaterapia, musicoterapia e acupuntura, intervenções descritas na literatura como promotoras do conforto e com resultados na diminuição da dor (Scarborough & Cardinale, 2018). A intervenção é sempre precedida de avaliação da dor e do conforto, com recurso à EN (Ritto & Rocha , 2017; NCCN, 2018) e à Escala Visual do Desconforto (Kolcaba, 2010), Após a intervenção não farmacológica para controlo da dor, era sempre realizada uma reavaliação da mesma e do conforto, aplicando-se a orientação dada pela OE (2008), mas também por outros autores (Scarborough & Cardinale, 2018) de que a

reavaliação da dor é indispensável para avaliar do sucesso terapêutico devendo ser assegurada a utilização da mesma escala em todas as avaliações. Mas esta forma tornou possível, não só avaliar a evolução da intensidade da dor, mas ainda os níveis de conforto resultantes das intervenções autónomas de enfermagem implementadas (Kolcaba, 2003).

Durante o estágio foi identificada e manifestada pelos enfermeiros da equipa uma necessidade de padronização da linguagem, com recurso á linguagem CIPE, do processo de enfermagem no cuidar deste doente, que sintetizasse os diagnósticos de enfermagem mais comuns e intervenções de enfermagem associadas. Segundo o Regulamento da OE n.º 361/2015 (2015), é necessário existir um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os seus resultados enquadrados no Resumo mínimo de dados e conjunto de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa. Além disso, ao permitirem a continuidade dos cuidados, os registos facilitam o intercâmbio de informação entre os elementos da equipa multidisciplinar, revelando-se fundamentais para o trabalho em equipa e para a segurança do doente e dos profissionais de saúde (Ritto & Rocha, 2017). Desta forma, foi manifestada pelos enfermeiros da UTD dificuldade na implantação de um processo estruturado de enfermagem, o que consideravam limitar a visibilidade da sua função do enfermeiro e a produção de indicadores de resultados. Tendo em conta esta necessidade sentida, foi introduzida esta atividade não planeada inicialmente tendo-se feito uma a proposta de padrão CIP de linguagem possível de implementar na consulta, direcionados para o doente com dor, com a linguagem CIP (Apêndice 13).

Esta atividade permitiu-me desenvolver a competência de desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando na melhoria contínua (OE, 2010), com ela demonstrei capacidade de identificação das necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva elaborando o diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos do doente, (OE, 2018), e na promoção de uma pratica baseada na evidencia na identificação de necessidades e intervenção (EONS, 2018).

O segundo objetivo específico deste estágio prendeu-se com a prestação **de cuidados especializados no controlo da dor crónica à pessoa com doença oncológica em contexto de ambulatório**, para o seu cumprimento outra das

atividades desenvolvidas foi a **realização de consultas de enfermagem**, 3 de primeira vez e 7 subsequentes.

Nestas consultas de primeira vez pode verificar que todos os indivíduos apresentavam dor descontrolada de intensidade moderada e elevada, motivo pelo qual tinham sido referenciados para a consulta. Tendo em conta esta realidade recorri ao instrumento em apêndice (Apêndice 5), como base da minha intervenção junto a estas pessoas. Após avaliação inicial da, foi implementado em conjunto com a médica o plano terapêutico, recorrendo à escolha de analgésico do 3º degrau da escada analgésica da OMS (2017), mesmo em dores moderadas. Esta intervenção encontra-se em consonância com a mais recente evidência, que defende o uso de opioides fortes em doses mais reduzidas, no tratamento da dor oncológica moderada por terem e menos efeitos secundários do que o uso de opióides fracos, (ESMO ,2018; Scarborough & Cardinale 2018). Depois de estabelecido o plano terapêutico a minha intervenção prendeu-se com a compreensão do tratamento de forma a melhorar a adesão ao regime terapêutico (Doeninck, et al. 2016; Coyne ,Mulveno & Paice, 2017; ESMO, 2018;). Aliás esta foi uma das intervenções por mim mais desenvolvida também nas consultas subsequentes. Em 1 destas consultas pude verificar que existia descontrolo da do associado à não adesão ao regime terapêutico, quando pedi ao doente que me explicasse como geria a sua terapêutica, pode compreender que esta não adesão se prendia com a não compreensão do esquema terapêutico. Voltei a explicar o esquema, desta vez com recurso a um suporte em papel, onde escrevi o nome de cada medicamento e a forma de administração, coloquei também esta informação nas caixas de comprimidos de forma a facilitar a sua identificação. No fim pedi ao doente para me explicar ele o esquema, validando desta forma a minha intervenção de ensino, melhorando assim a sua capacidade de gerir a sua dor através do uso adequado de medicamentos prescritos e da adesão ao regime terapêutico. (Daeninck, 2016).

No contexto da prestação de cuidados na UTD uma das maiores dificuldades por mim sentida foi a construção de uma relação de confiança com a pessoa, uma vez que na UTD a pessoa/familiar tem frequentemente um enfermeiro “de referência”, a presença de um elemento “estranho”, como eu, pode ser uma limitação/barreira neste processo relacional. Por isso, investi em mostrar-me disponível para escutar e esclarecer dúvidas, pedindo licença para executar algum tipo de procedimento mais

invasivo da privacidade, e estabelecendo contacto visual por forma a estabelecer uma maior proximidade.

Recordo-me em concreto de uma destas situações em que atendi em consulta uma senhora de 37 anos de idade, com neoplasia da faringe, já sujeita a diversos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, com quem a comunicação estava a ser extremamente difícil. Respondia de forma muito sucinta, com frases curtas e evasivas, às questões durante à entrevista. Era notória a barreira que a própria criava na relação, pois o contacto visual era esporádico e fugaz e a postura quase sempre cabisbaixa. Assumindo a minha dificuldade em inicialmente estabelecer uma relação com esta senhora, sentei-me ao seu lado, pois segundo Ritto & Rocha (2017), a comunicação verbal e não-verbal assume um papel no desempenho dos profissionais de saúde, através da adoção de uma postura de escuta ativa, empatia e observação de linguagem não verbal sugestiva de dor, sobretudo a sua expressão facial ou corporal. Tal mostra disponibilidade e interesse em a compreender, proporcionei-lhe tempo para que expusesse as suas preocupações, uma vez que o silêncio tem de ser gerido nas relações tal como refere (Ritto & Rocha, 2017) e utilizei as suas respostas como forma de perguntas, tal como aconselha Townsend (2011). Tentei perceber como a poderíamos ajudar. Desta forma, fui conseguindo captar a sua atenção e maior confiança para me comunicar as suas maiores preocupações, não conseguir deglutir e de ver aproximar-se a necessidade de ter de colocar uma sonda nasogástrica, opção terapêutica que já tinha recusado no passado. Além disso, identifiquei que a obstipação e a insónia que também a preocupavam. No final desta intervenção e após o tratamento realizado para substituição do seu sistema de infusão de analgésicos por via sub-cutânea e da administração de terapêutica para reverter o seu quadro de obstipação prescritos pela médica, a senhora chamou-me e agradeceu-me de uma forma que me pareceu genuína e sentida. Senti-me por isso reconfortada pelo esforço e o empenho terem resultado.

Neste sentido senti que a minha intervenção neste caso em concreto e em muitos outros que decorreram durante o estágio, tinha de ir além da promoção do conforto no seu contexto físico, através do alívio dos sintomas, mas também dar resposta à promoção da tranquilidade, prestando apoio emocional, através de uma comunicação eficaz, acedendo assim aos receios e implementando medidas de conforto da alma, com vista à transcendência (Kolcaba, 3003).

Este episódio demonstrou que tal como refere Kolcaba (2003) na sua teoria, o conforto é um estado holístico que resulta de intervenções de enfermagem que permitem eliminar ou diminuir o sofrimento.

As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio permitiram-me desenvolver as competências de aplicação de conhecimentos e na compreensão e resolução de problemas em novas situações (Decreto-lei nº 74/2006); cuidar de pessoas com processos médicos complexos; promover intervenções adequadas nomeadamente farmacológica e não farmacológicas (OE; 2018); promover uma prática baseada na evidência na identificação das necessidades e na intervenção realizada; promover o suporte emocional sempre que necessário (EONS, 2018).

2.4. Num serviço de urgência

Este estágio foi desenvolvido no meu local de trabalho e foi definido como objetivo geral **promover a melhoria das intervenções paliativas no controlo da dor oncológica no SU.**

Este é um serviço de urgência médico-cirúrgica, que presta cuidados urgentes e emergentes a pessoas com episódios agudos, muitas vezes decorrentes de complicações de doenças crónicas de base. É fisicamente composto por um posto de triagem, 4 postos de atendimento, alocados à clínica geral, medicina, cirurgia e ortopedia. Existe ainda um SO (Sala de Observação) para onde são encaminhados doentes que necessitam de ficar em vigilância de saúde ou da eficácia do tratamento que obriga a uma permanência mais prolongada no SU. Este é composto por uma equipa fixa de enfermeiros (31) e de assistentes operacionais (23) e uma equipa rotativa de médicos, que prestam serviço de acordo com uma escala. A equipa é ainda composta por 5 secretários clínicos.

De forma a alcançar o objetivo geral foi definido o objetivo específico, contribuir **para a capacitação da equipa de enfermagem para a utilização de ações paliativas no controlo da dor no doente oncológico em situação paliativa.**

A primeira atividade desenvolvida foi a **realização de uma reunião** com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A enfermeira chefe já conhecia o projeto, uma vez que o seu desenvolvimento desde a fase de diagnóstico da situação foi acompanhado por ela, sendo o seu interesse e disponibilidade forças importantes para a sua implementação.

Pelo que o principal objetivo desta reunião foi dar a conhecer o projeto à enfermeira orientadora, e negociar as atividades específicas a desenvolver neste estágio, programando-se o conteúdo, data e número de sessões de formação a realizar com a equipa de enfermagem sobre o tema do projeto.

Decidiu-se fazer duas **sessões de formação**, de forma a abranger o maior número de enfermeiros do serviço. Estas sessões foram previamente planeadas (Apêndice 9) e divulgadas por email institucional.

A metodologia nas sessões de formação foi expositiva, com recurso a diapositivos (*Power Point*) que se encontram disponíveis em apêndice (Apêndice 10). Durante a sessão, foi apresentado o projeto, iniciado por um problema identificado no serviço, e abordados os conceitos princípios dos cuidados paliativos e a importância, estabelecida em planos nacionais, da adoção de medidas paliativas no SU, assim como foi abordado o controlo sintomático da dor oncológica como intervenção paliativa no SU e as recomendações da evidência científica para o seu controlo, destacando os contributos da equipa de enfermagem para o desenvolvimento e implementação do projeto. Tendo assistido ao todo às duas sessões um total de 22 enfermeiros (70%) servindo esta taxa de presenças de indicador de avaliação da sessão.

A equipa de enfermagem foi participativa e mostrou-se interessada no tema que considerou importante na sua prática diária. Da reflexão final surgiram algumas questões, nomeadamente no que diz respeito à necessidade do envolvimento da equipa médica na prescrição adequada de opióides e no encaminhamento dos doentes com necessidade paliativas complexas para serviços da especialidade. Surgiu também uma sugestão por parte da chefia de enfermagem para que a evidência fosse traduzida não num manual de boas práticas disponível para a equipa, mas sim numa norma interna, desenvolvida em articulação com o gabinete da qualidade, para orientação de todos os profissionais do SU.

Outro objetivo foi **cuidar da pessoa com doença oncológica e dor no serviço de urgência, integrando ações paliativas no planeamento de cuidados**, tendo como atividade para o seu cumprimento, a **elaboração de um fluxograma da gestão da dor no doente paliativo no SU** (Apêndice 11) e a **Elaboração de uma Norma de gestão de dor no doente oncológico paliativo no SU** (Apêndice 12). Ambos os documentos dão orientações a todos os profissionais de saúde de como intervir na gestão da dor do doente oncológico com necessidades paliativas em SU, mas também

introduzem a necessidade de referenciação das situações de maior complexidade para as equipas mais diferenciadas de cuidados paliativos, no contexto da instituição a EIHSCP. Este fluxograma teve como base as recomendações das boas práticas para o controlo da dor do Guia Orientador de Boa Prática em Dor elaborado pela OE (2008) e das *guidelines* da ESMOS (2018) e NCCN (2018), e as indicação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017- 2018 (CNCP, 2017) com a implementação destes instrumentos pretendendo não só a implementação do controlo sintomático da dor no SU, mas também melhorar a articulação entre o SU e EIHSCP, advindo contributos para a melhoria dos cuidados paliativos implementados às pessoas com dor oncológica no SU. A implementação da referenciação para a EIHSCP, encontra-se pendente do início de atividade desta, já que apesar de estar definida quantos aos elementos que a constituem, ainda não se encontrar em funcionamento.

Com estas atividades foi possível demonstrar a minha capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios, a especialistas e não especialistas de forma clara sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 74/2006). Foi também possível otimizar o processo de cuidado, melhorando a informação e a variedade de soluções, colaborando na tomada de decisões (OE,2010), assim como avaliar a qualidades dos cuidados de enfermagem, de planeira e liderar programas de melhoria continua (OE, 2010)

A última atividade decorrente deste campo de estágio prendeu-se com a repetição da colheita de dados da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do SO dos episódios de urgência dos doentes oncológicos com doença avançada que recorreram ao serviço com dor descontrolada, adotando-se a mesma metodologia do diagnóstico de situação.

Esta colheita de dados, decorreu nas duas semanas consecutivas à sessão de formação, com o intuito de avaliar as alterações ocorridas nos indicadores estabelecidos para a prática de enfermagem, após as ações de formação e redefinir estratégias de orientação para futuras etapas de evolução do projeto. A monitorização das práticas pós formação está recomendada ser feita entre as 2 semanas e os 6 meses após a sua realização, período onde se verifica uma maior adesão a linhas orientadoras (Ista, Dijk & Achterberg, 2012; Stacey et al., 2014), mas estes prazos ultrapassavam os prazos do estágio.

O resultado desta foram tratados em Excel® e o seu tratamento estatístico encontra-se em apêndice (Apêndice 14)

Trata-se de uma amostra com uma média de idades de 69,3 anos, maioritariamente feminina (547,2%), o que vai de encontro aos dados da colheita de dados inicial, com tumores malignos em vários locais do corpo todos eles metastizados, com maior prevalência de neoplasia do pulmão e do fígado, com 2 sujeitos (28,3%) sendo que cancro do pulmão é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. (International Agency for Research on Cancer. [IARC], 2012) O principal motivo de recurso ao SU a foi a dor (85,7%), que é intensa (8-10) para (85,7%) % dos doentes.

Ao analisar os resultados desta segunda colheita de dados, podemos ainda verificar que, no que diz respeito à avaliação da dor, existe um aumento, de 45,5% para 85,7%, do registo da localização da dor. Também indicadores como o tipo de dor, a frequência e os fatores de alívio que tinham taxa de 0%, foram registados em respetivamente 28,6%, 12,5% e 12,5%. Para 42,9% dos sujeitos foram avaliados os fatores de exacerbação, comparativamente aos 9,1% anteriores, bem como o impacto nas atividades de vida diárias, que aumentou de 4,5% para 71,4%, dos sujeitos.

Quanto às medidas farmacológicas, no diagnóstico de situação, em apenas 9% dos sujeitos foi prescrito opióides fortes sendo que 59,1% apresentavam dor intensa no momento da admissão, verificando-se que em 54,5% dos sujeitos, foi prescrito analgésicos não opióides ou opióides fracos, como o tramadol, para o controlo da dor. Na segunda avaliação, verificou-se uma prescrição de opióides fortes, em 71,4% dos sujeitos correspondente a 85,7% de sujeitos com dor intensa

A via EV permanece como a via adotada para a administração de fármacos (57,1%), tendo tido uma diminuição dos 95,5% do diagnóstico inicial. Relativamente às medidas não farmacológicas, verificou-se igualmente uma preocupação e valorização por parte dos enfermeiros na sua implementação para a promoção do conforto, encontrando-se registadas intervenções não farmacológicas em 53,8% dos processos clínicos na avaliação final comparativamente aos 4,5% registados no diagnóstico de situação.

O resultado desta avaliação final (Apêndice 11) permitir concluir que a intervenção promoveu a mudança na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A confrontação entre os resultados dos indicadores de avaliação em ambos os momentos, está feita no (Quadro 1) e revela melhoria dos indicadores.

Quadro 1- Resultados dos indicadores nos dois momentos de avaliação dos registos de enfermagem

Indicadores		Resultados das Auditorias	
		Inicial	Final
Indicador 1	Taxa de registo de avaliação da dor	100%	100%
Indicador 2	Taxa de adequação das intervenções farmacológicas desenvolvidas em função da intensidade da dor	22%	95%
Indicados 3	Taxa de avaliação das intervenções	0%	55%

Esta atividade permitiu-me desenvolver capacidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e de planear e de delinear programas de melhoria continua; a capacidade para o desenvolvimento de uma liderança, que permitia por parte da equipe, o recurso aos meus conhecimentos, desenvolvendo desta forma um papel de consultoria nesta área de cuidados (OE, 2010); a capacidade de aplicação adequada das capacidades de liderança e estratégias de gestão, sendo assegurada a avaliação do impacto das mesmas nos cuidados prestados (EONS, 2018) Fica ainda demonstrada a capacidade de integra conhecimentos, de lidar com situações complexas em situações de informação limitada e refletir sobre as suas implicações (Decreto-lei nº 7/2006).

3. AVALIAÇÃO

A avaliação deste projeto de intervenção promove a reflexão, não só acerca da sua, mas influencia para a prática dos cuidados de enfermagem, mas também para as competências adquiridas. A competência pode ser definida como uma mobilização de saberes, conhecimentos e capacidades, em tempo e circunstância oportunas, que requer que se saiba integrar, organizar e selecionar conhecimentos já adquiridos em contextos práticos ou formativos (LeBoterf, 2003). Descrever e fundamentar o que observamos e fizemos providência à enfermagem uma riqueza de conhecimentos que contribui para o desenvolvimento da teoria (Benner, 2005)

As atividades desenvolvidas ao longo dos 4 estágios, onde obtive uma classificação entre o muito bom e excelente, permitiram compreender a complexidade da dor oncológica e sobretudo dos processos de gestão da dor e desafios que se colocam à promoção do conforto na pessoa com doença oncológica.

Formam identificados como pontos fortes do projeto a motivação da equipa de enfermagem, e o apoio da chefia de enfermagem e da instituição. De forma a manter a motivação da equipa, adotou-se partilhar os ganhos que este projeto trouxe e que são melhorias ocorridas nas práticas. O envolvimento da chefia de enfermagem no projeto permitiu a programação no plano de formação do serviço de 2020, uma formação básica em cuidados paliativos, dirigido a toda a equipa de enfermagem do SU, que será dado pela EIHS CP, dando início à preparação estrutural do SU para estabelecer um plano para integrar intervenções em CP, cumprindo o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CNCP, 2017), para além do controlo sintomático da dor, de forma a fundamentar não só as competências já desenvolvidas pela equipa, mas também o desenvolvimento de novas competências nesta área do cuidar. Desta forma continuaremos a dar resposta as exigências do plano quanto à necessidade de formação básica de todos os profissionais de saúde em cuidados paliativos (CNCP, 2017).

Como oportunidades identificou-se a existência de vários de elementos em processo de aquisição de competências avançadas em enfermagem (pós-licenciaturas e mestrados), bem como o desejo de melhoria de cuidados. Desta forma uma das colegas que se encontra a realizar uma pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, irá desenvolver o seu trabalho também nesta área, dando continuidade ao projeto, através do apoio à equipa na referenciação para a EIHS CP.

O fluxograma se encontra desenvolvido e pronto para implementação, e servirá de base para o desenvolvimento de novos trabalhos e projetos. Este projeto serve ainda como uma oportunidade para futura alteração dos registos de enfermagem que não se adequam aos indicadores da dor crónica.

Quanto às fraquezas, foram identificadas o facto da EIHP ainda não se encontrar em atividade o que dificultou a garantia de cuidados especializados e a continuidade de cuidados. A formação dos enfermeiros ainda insuficiente em cuidados paliativos foi também identificada como uma fraqueza, possível de ser melhorada através da continuação do investimento em formação em serviço nesta temática. Outra da fraqueza identificada foi o risco de dificuldade de comunicação numa equipe de enfermagem tão grande, dispersa por 7 áreas de atendimento e que partilha a sua atividade com um elevado número de outros profissionais de saúde, que dão apoio ao SU é fácil a dispersão da informação e consequentemente a falta de adesão à aplicação da norma no controlo da dor

A falta de cultura de partilha decisões terapêuticas, baseadas no trabalho multidisciplinar, torna-se um obstáculo quando falamos da intervenção paliativa e da implementação das boas práticas no controlo da dor, promotoras de conforto no doente. Assim é indispensável que futuras formações sejam focadas na importância do trabalho em equipa (um dos princípios dos cuidados paliativos), e que abranjam também todos os profissionais.

A falta de infraestruturas, com pessoas internadas em macas no corredor do SU sem local adequado para a intervenção não farmacológica, principalmente a nível da promoção de um ambiente tranquilo, surge como uma ameaça à promoção do conforto.

Desta forma a maior vantagem da aplicação deste projeto foi o envolvimento de toda a equipe na reflexão e implementação de novas práticas, baseadas nos princípios dos cuidados paliativos para o controlo sintomático da dor no SU

A maior desvantagem foi o facto de este ter envolvido, a nível formativo, apenas a equipe de enfermagem, o que levou a uma maior dificuldade na implementação das medidas farmacológicas. Contudo os saberes adquiridos pelos enfermeiros, permitiram uma intervenção e participação na tomada de decisão terapêutica que se reflete nos resultados obtidos.

4- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

A pessoa com doença oncológica para a qual já não há cura tem, segundo a evidência científica (1 ou 2 autores), cada vez mais necessidade de recorrer ao SU, principalmente nos últimos meses, semanas e dias de vida. Estes doentes impõem demandas e desafios cruciais à equipe do SU (Kaplan, 2013), pois o descontrolo sintomático, principal razão de procura destes serviços por estes doentes e familiares, com a dor a ocupar o primeiro lugar, precisa de cuidados compreensivos, abrangentes, humanizados, éticos e focados, não na cura, mas na resposta à pessoa, ao seu sofrimento e à obtenção de conforto (Green, Gott & Wong, 2016). Cuidar destas pessoas com doença oncológica avançada e dor continua a ser um dos principais desafios para as equipas do SU (Green, Gott & Wong, 2016).

Trabalhando num SU tinha uma noção empírica de que estes doentes recorriam ao SU. Mas como cuidávamos deles? Será que cuidávamos bem destes doentes? Será que encontram as respostas que precisavam no SU?

Decidiu-se fazer um diagnóstico da situação, primeira etapa dos projetos de intervenção (autor de projeto) construindo-se um Instrumento de Colheita de Dados da Triagem de Manchester e do SClinico® do processo de enfermagem do SO (Apêndice 1), tendo-se pedido autorização prévia ao à comissão de ética (Anexo I) para aceder aos dados clínicos, com compromisso de anonimato e uso dos dados para análise da situação e divulgação em relatório público. A colheita de dados aos processos de doentes adultos (≥ 18 anos), com doença oncológica avançada, definida pelo estadio III ou IV da classificação tradicional de tumores (não exclusivo) de vinda ao SU por não controlo da dor oncológica, durante 15 dias, seleccionou 22 doentes.

Estes dados, tratados em programa Excel por estatística descritiva, revelaram ser a dor o principal motivo de recurso ao SU (68,2%), intensa (nível 8-10) para 59,1% dos doentes, avaliando os enfermeiros, sempre a intensidade (100%) e quase sempre a localização (95,5%) dos sujeitos. Das restantes características da dor, só se verificou 1 registo nos “fatores de agravamento” e 1 no “impacto nas AVD’s (4,5%). As intervenções descritas pelos enfermeiros referem-se maioritariamente a intervenções farmacológicas (86,4%), havendo apenas 1 registo (4,5%) de uma intervenção não farmacológica, e nenhum registo (0%) de avaliação da eficácia, tanto das intervenções autónomas, como interdependentes. Apenas 9% das pessoas tiveram prescrição de opióides fortes para o controlo da dor intensa, (presente em 59,1% dos sujeitos). Estes dados possibilitaram a medição de 3 indicadores entretanto criados: taxa de registo

da avaliação da dor (100%), taxa de avaliação intervenções farmacológicas 22% e taxa de avaliação das intervenções 0%.

Face a estes dados foi formulada a questão orientadora do projeto, “Quais as ações paliativas que se podem integrar no serviço de urgência para controlo da dor crónica e conforto da pessoa com doença oncológica avançada?” para melhorar a prática aí existente, tendo sido respondida por três vias. Uma de identificação da evidência científica disponível e selecionada através da metodologia dos protocolos *scoping* para identificar palavras chave e registos em bases de dados, outra através de experiências práticas de cuidados ocorridas em 4 campos de estágio para desenvolvimento de competências e outra de reflexão sobre essa prática de enfermagem permanentemente sujeita à translação do conhecimento para fundamentar as decisões clínicas aí tomadas.

Para que a implementação deste projeto fosse possível, procedeu-se ao seu planeamento dando cumprimento às etapas, 2, da formulação dos objetivos e 3, do planeamento das atividades e recursos necessários à sua execução, cumprindo-se as etapas 4 e 5, respetivamente de execução e avaliação em 4 campos de estágio selecionados por cuidarem de pessoas com doença oncológica avançada e em palição (2 deles) e fazerem-no em contexto de urgência (outros 2).

Estas várias atividades permitiram aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na gestão da dor crónica oncológica na pessoa a necessitar de palição, destacando, a criação de - Instrumento para avaliação da dor da pessoa com doença oncológica e registo das intervenções onde se incluiu um Termómetro do Desconforto (Apêndice 5); a criação de um Fluxograma de gestão da dor oncológica no doente paliativo no SU (Apêndice 11); reuniões e consultas de normas e procedimentos; o desenvolvimento de um padrão de linguagem CIP para os diagnósticos de enfermagem na a consulta da dor (uma atividade não planeada, mas que surge de uma necessidade identificada pela equipa da UTD) ; a elaboração de uma norma para o controlo da dor oncológica no paliativo oncológico no SU, que aguarda autorização do gabinete da qualidade. Deixo para o fim a experiência educativa e humana que decorreu das pessoas a quem prestei cuidados que me ensinaram a gerir eficazmente a dor oncológica no doente paliativo, nos mais diferentes contextos, permitindo-me uma ponte para a minha prática diária de cuidados e que me ajudaram a compreenderes que estas pessoas são muito mais do que a sua dor, têm uma história, crenças e valores que têm que ser considerados no desenvolvimento de uma relação humana e terapêutica. O cuidado da pessoa em fim de vida foi uma experiência humana única,

confrontando-me com a minha própria finitude e ajudando-me a ter uma perspetiva de que é possível melhorar a vida de quem cuidados mesmo quando esta já se encontra perto do seu final.

No último campo de estágio, local de residência da prática alvo de melhoria das práticas de cuidados ocorreram 2 sessões de formação, que tiveram uma taxa de presença de 70%.

Posteriormente foi repetida a colheita de dados dos registos de enfermagem adotando-se os mesmos instrumentos de colheita de dados inicial, critérios de seleção da amostra e métodos de tratamento de dados e de produção de indicadores.

Estes dados, tratados em programa Excel por estatística descritiva, revelaram ser a dor o principal motivo de recurso ao SU (85,7%), intensa (nível 8-10) para também (85,7%) dos indivíduos, avaliando os enfermeiros, sempre a intensidade (100%) e sempre a localização (100%) dos sujeitos.

As intervenções descritas pelos enfermeiros referem-se maioritariamente a intervenções farmacológicas (100%), e a intervenção não farmacológica (71,4%). 71,4 % tiveram prescritos opióides forte e 28,6%. opióides fracos. A via EV permanece como a via adotada para a administração de fármacos 57,1%.

Os resultados desta implementação podem ser observados recorrendo ao resultado dos indicadores das auditorias aos registos de enfermagem. No indicador 1 a taxa de conformidade de 100% mantém-se, verificando-se no Indicador 2 um aumento de conformidade de 44,6% e no indicador 3 um aumento de conformidade de 55%.

De forma a continuar a dar resposta às metas do Plano Estratégico para o desenvolvimento e implementação de cuidados paliativos em serviços não especializados nesta prática, como são os SU, pretendo alargar o projeto a outras áreas de intervenção dos cuidados paliativos. fazendo um plano de melhoria e generalização do nível básico de CP, no SU

Foi ainda proposto pela Enfermeira Chefe e pelo senhor Enfermeiro Diretor a integração no Plano de Formação da Instituição, direcionado aos serviços que dão resposta à população com doenças crónicas avançadas, com o serviço de medicina e especialidades médicas, replicação da formação por considerarem que estes conhecimentos podem também trazer ganhos na melhoria da prestação de cuidados ao doente paliativo com dor nesses contextos. Assim num futuro próximo, espero que este trabalho possa servir de base para o desenvolvimento de projetos de controlo da dor e intervenção paliativa em outros serviços da minha instituição

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. (2014). *A dor no doente terminal: intervenções do enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1187>
- Amado, J., Vasquez, R., Huari, R., Sucari, A., & Oscanoa, T. (2018). Patients with end-stage oncologic and nononcologic disease in emergency service of urban tertiary hospital. *Journal of Palliative Care*. 24, 25-28.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2015). Scoping studies. towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8(1), 840-846.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Recomendações para a implementação/organização de serviços de Cuidados Paliativos*. Acedido em 21-09-2018 Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/recomendacoesparimplementacaoorganizacao-de-servicos-de-cuidados-paliativos.html>
- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do Impacto da dor Crónica. *Dor*, 15(4), 6-56. ISSN: 0872-4814
- Backonia, M.M., Malan, T.P., Vanhove, G.F., & Tobias, J.K. (2010). NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, double-blind, controlled study with an open-label extension. *Pain Medicine*. 11. (4). 600-608.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Trajectories of end-of-Life care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 57(4). 362-369.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed.) Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Bethann M. Scarborough, M. & Cardinale, B. (2018) Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *Cancer Journal for Clinicians*. 68, 182-196.

- Bispo, M., & Poças, C. (2017) Cancro do pâncreas. *Viva mais saúde e melhor vida*, disponível em: <https://www.spg.pt/wp-content/uploads/2017/01/1-artigo-cancro-do-p%C3%A2ncreas-revista-Viva-Melhor.pdf>
- Boaventura, A., Vedovato, C., & Santos, F. (2015). Perfil dos pacientes atendidos em uma unidade de emergência. *Ciência y enfermaria*. 21 (2), 51-62.
- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, B., Burger, N., Jsseldijk, M., Vissers, K., & Engels, Y. (2014). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician*, 16, 379-389.
- Branco, P. S (2015). *Dor neuropática: diagnóstico e tratamento* (2ª ed). Lisboa, Portugal: Float Health care.
- Branco, J. C., & Baptista, T. M. (2012). *A dor e as suas circunstâncias*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Brant, J, Eaton, L., & Irwin, M. (2017). Cancer-Related pain: assessment and management with putting evidence into practice interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21, 4-6.
- Brant J., Keller L., McLeod K., Yeh C., & Eaton L., (2017) Chronic and refractory pain: A systematic review of pharmacologic management in oncology. *Journal of Oncology Nursing*. 21 (3), 31-53.
- Brant, J., Rodgers, B., Gallagher, E., & Sundaramurthi, T. (2017). Breakthrough cancer pain: A systematic review of pharmacologic management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21, 71-80.
- Bruer, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmser, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, Edmruonton. 7(2), 6-9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub_med/1714502. Acesso em: 18 nov. 2017.
- Buchanan, A., Geerling, J., Davies, A. (2014), Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20, 126-109
- Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. *et al.* (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology journal*, 13, 58-68.
- Carvalho, R, & Parson, H. (2012) *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.) São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

- Chapman, S. (2012). *Cancer pain part 1: causes and classification*. Nursing Standard. 26. (47).
- Cleeland, C., & Ryan, K. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129-138.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Acedido em 7/07/2018. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- Costa, C., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007) Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Oncologia*. 13(6), 855-867.
- Costa, I. (2017), *Neurofisiologia da Dor. manual de dor cronica* (pp. 59-80). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Coyne, P., Mulvenon, C., & Paice, J. (2017) American society for pain management nursing and hospice and palliative nurse's association position statement: pain management at the end of life. *Pain Management Nursing*. 19, 3-7.
- Daeninck, P., Gagnon, Gallagher, B., Henderson, J., Shir, Y., Zimmermann, C. & Lapointe, B. (2016), Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Current Oncology*. 23, 96-108.
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006), Consagra a rede nacional de cuidados continuados integrados, Diário da República, 1ª série, Nº 101 (06-05-2019), 3856-3865
- Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª série, N.º 151 (07-08-2013), 4749-4772.
- Diário de Notícias (2018). *Cuidados paliativos não chegam a mais de 80% dos doentes*. Acedido em 22/01/2019. Disponível em: <https://www.dn.pt/portugal/interior/cuidados-paliativos-nao-chegam-a-mais-de-80-dos-doentes-9364757.html>.
- Dias, A. (2012). *Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: quando? Quem? E porquê?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Lisboa, Lisboa. Disponível em:
- Diniz, L. & Naves, F. (2017). Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.83-94). Lisboa: Fundação Grünenthal.

- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Circular normativa nº 09. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa Nº 14. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Plano nacional de controlo da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2015) *A saúde dos portugueses perspetiva*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 21-09-2018. Disponível em: www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (1988). A qualidade dos cuidados: Como pode ser avaliado?" *JAMA*. 121(11), 1145-115.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A Replication. *International Emergency Nursing*. 16: 23-28.
- Ercolani, S., Hopf, L., & Schwan, L. (2018). Chronic cancer pain: evaluation and management. *Acta Médica*. Porto Alegre, 39(2), 151-162
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Acedido em 22/8/2018. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=skills>. Acedido em 12 de fevereiro de 2016.
- European Society for Medical Oncology (2018). *Management of cancer pain in adult patients*. ESMO Clinical Practice Guidelines. Acedido em 22/8/2018. Disponível em: www.esmo.org
- Feldt, K. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13–21. DOI: 10.1053/jpmn.2000.5831.
- Fernandes, P.A. (2011). *Que perfis concorrem para a satisfação do doente que recorre ao serviço de urgência – aplicação ao CHNE*. (Dissertação de Mestrado) apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Freitas, N., & Pereira, G. (2013). Percepções dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. *O Mundo da Saúde*, 37(4), 450-457.

- Fielding, F.; Sanford, T., & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 84-91.
- Fonseca, J., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (1), 180-184.
- Forero, R., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M., Shanley, C., Formby, F., & Hillman, K. (2012). A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emergency Medicine International*. 2, 11-15.
- Griffiths, P., Richardson, A., & Blackwell, R. (2009). *Nurse sensitive outcomes e indicators in ambulatory chemotherapy*. National Nursing Research Unit, King's College London: London.
- Guarda, H. (2006). *Adaptação Cultural e Linguística*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf
- Grudzen, C.; Stone, S., & Morrison, R. (2011). The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (8), 945-950.
- Henson, L., Gao, W., Higginson, I., Smith, M., Davies, J., Ellis-Smith, C., & Daveson, B., A. (2015). Emergency Department Attendance by Patients with cancer in their last month of life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 33 (4), 370-376.
- International Agency for Research on Cancer. (2012), Cancer incidence and mortality worldwide. *IARC Cancer Base*, (11); Acedido em: 07/2018. Disponível em http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site.html.asp?selection=15110&title=Lung&sex=0&type=0&>window=1&europa=4&sort=0&submit=%C2%A0Execute%C2%A0.
- International Association for the Study of the Pain (1993). Assess the person, not just the pain. *PAIN: Clinical Updates*, 1, 1- 8.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Classification of chronic pain* (2ª ed.): IASP
- Ista, E.; Dijk, M., & Achterberg, T. (2012). Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospitals? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 552–568.

- Kim, J.; Dodd, M.; Aouizerat, B.; Jahan, T., & Miaskowski, C. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 715-735
- Kolcaba, K. (2002). *Comfort behaviors check List*. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2010). *Confort Questionnaires*. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources>
- Kompanje EJ. (2010). Many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department. *Intensive Care Med*, 36. 732-755.
- LaCalle, E.; Rabin, & E. (2010). Frequent users of Emergency Departments: the myths, the data, and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine*. 6 (1). 56- 59.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lisa D., Weiner, J., Mayer, K., Jackson, G. & Biddle, A. (2014) Do palliative care interventions reduce emergency department visits among patients with Cancer at the end of life? A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 17(21), 1384-1399.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler
- Marques, A. L., & Neto, I. G. (2003). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Martinho, L. (2014). *A Gestão da dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1185>.
- Martins, J.C.A (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados* (Revisão Sistemática de Literatura).disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20ONO%20SERVI%c3%87O%20DE%20URG%c3%8aNCIA%5b1%5d.pdf>.

- Massa, E. B. (2010). *Análise do recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos*. (Mestrado Integrado em Medicina). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52776/2/Anlise%20da%20Necessidade%20de%20Recurso%20Ao%20Servio%20de%20Urgncia%20de%20Doentes%20Onco%20lgicos%20em%20Cuidados%20Paliativos.pdf>
- Milhomens, R. (2017). Terapêutica não farmacológica. In Ritto, C., Naves, F., Rocha, F. D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M. B. & Faustino, S. A. (2017). *Manual de dor crónica* (2ª ed.) (pp. 265-280). Lisboa, Portugal: Fundação Grunenthal.
- Ministério da Saúde. (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Orientações Programáticas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Motov, S. & Khan, A. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2,5-11.
- National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain*. Acedido em 11/07/2018. Disponível em: <https://www.nccn.org> 7
- Neto, I. et al (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. 1ª edição. Cascais. Editora pergaminho.
- Nicolau (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11059>
- Oncology Nursing Society. (2013). *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros. (2008). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Cancer Pain Relief*. 2nd ed. Geneva: Switzerland.
- Pena, M. (2013). *A dor no doente oncológico*. Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar. Artigo de Revisão Bibliográfica para Mestrado Integrado em Medicina. Porto.
- Pereira, R.P., Cardoso, M.J., & Martins, M.A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 3. (7). 55-62.
- Piamjariyakul, U., Wialliams, P., Prapakorn, S., Kim, M., Park, L., Rojjanasrirat, W., & Williams, A. (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 387-394.
- Pina, P. (2012). *A complexidade do tratamento da dor oncológica: intensidade da dor como factor preditivo*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/5163>.
- Pordata (2018) base de dados Portugal contemporâneo. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos santos. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Espan%a7a+de+vida+%a0+nasce+n%a7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%a9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Espan%a7a+de+vida+%a0+nasce+n%a7a+total+e+por+sexo+(base+tri%a9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Ramos, A., Tavares, A., Mendonça, S. (2017). Controle da dor e dispneia de pacientes com câncer no serviço de urgência: resultados da intervenção de enfermagem. *Revista Dor*. 18 (2), 166-72
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M., Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guideline to practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario

- Ribeiro, A. (2012). *Controlo de sintomas em cuidados paliativos em um serviço de medicina interna*. (Tese de Mestrado) disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369_Tese.pdf.
- Ribeiro, S. (2010). *Cuidar holístico nos processos de saúde/ doença ao longo do ciclo vital* (Relatório de Estágio). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8875/1/RELAT%C3%93RIO%20EST%C3%81GIO%20-SARA%20RIBEIRO%20192009126.pdf>.
- Richards, C., Gisondi, M., Chang, C., Courtney, M., Engel, K., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative care symptom assessment for patients with cancer in the emergency department: validation of the screen for palliative and end-of-life care needs in the emergency department instrument. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 757-764.
- Ripamonti, C.; Santini, D.; Maranzo, E.; Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23, 139-154.
- Ritto, C.; Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M.; Pina, P., Milhomens, R., & Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Rosenfeld, M., Shiffman, N., Robertson, P. (2013). Clinical practice guideline development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol Head Neck Surg* 148(1):51-55
- Sapeta, P. (2007). *Dor total versus sofrimento: a interface com os Cuidados Paliativos*, disponível em: www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0236605001294844876-403.pdf, acedido a 30/10/2018.
- Scarborough, B., & Smith, C. (2018) Optimal pain management for patients With cancer in the modern era. *Cancer Journal for Clinicians*. 68,182–196.
- Serra, M. (2007). *Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspetiva dos atores*. UI&DE (org). Processos de formação na e para a prática de cuidados. Lisboa: Lusociência.
- Serrano, A. (2016). *Intervenções Paliativas Realizadas Pelos Enfermeiros Num Serviço de Urgência aos Doente com Doença Crónica Incurável e Progressiva*. (Dissertação de Mestrado). disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21909/3/Teseinterven%C3%A7%C3%B5espaliativasnumSU_6_3_17.pdf.

- Sobin, L., Gospodarowicz, M., & Wittekind (2009) C. Classification of malignant tumors *Union Against Cancer International*. Disponível em: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/13072015_TNM%20Classification.pdf
- Strong, S., Blencowe, N.S., Fox, T., Reid, C., Crosby, T., Ford, H.E., & Blazeby, J.M. (2012). The role of multidisciplinary teams in decision making for patients with recurrent malignant disease. *Palliative Medicine*. 26. (7). 95– 98
- The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica : conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*(6ª ed.). Loures: Lusociência
- Tsai, C., Liu, N., Tang, T., Chen, C., & Chen, L. Cancer pain as the presenting problem in emergency departments: Incidence and related factors. *Supportive Care in Cancer*. 2010; 18, 57–65
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wallace, E.; Ridley, J.; Bryson, J.; Mak, E. & Zimmermann, C. (2013). Addition of Methadone to Another Opioid in the Management of Moderate to Severe Cancer Pain: A Case Series. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (3), 305-309.
- Wengström, Y.; Geerling, J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127-131.
- Won Y, RN, Choi Y, Ahn S, MD, Lee J, MD, Park J, & Kim S. (2014) Improving the quality of cancer pain management in an academic medical center emergency department. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (6), 626-31.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M., & Matoba, M. (2013). Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese society of palliative medicine recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.
- Wary, B., & Serbouti, S. (2001). Doloplus: validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs*, 2(1), 35-38.

- Zhi, W.I., & Smith, T.J. (2015). Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Annals of Palliative Medicine*. 4. (3).122-131.

ANEXOS

Anexo 1- Resposta ao pedido de autorização à comissão de ética

De: [REDACTED]
En: [REDACTED]
Para: ANDREIA FILIPA PEREIRA CALVELAS VICENTE
Cc: [REDACTED]

Assunto: Aplicação de Questionário - Serviço de Urgência

Exma. Senhora,
Enfermeira Andreia Vicente,
Serviço de Urgência /UICD

Encarrega-me o prof. Doutor M. [REDACTED], Presidente do Conselho de Administração de informar que o pedido apresentado, para aplicação de questionário à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência e uso dos dados do Sclínico, no âmbito do curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica área de Especialização em Enfermagem Oncológica está autorizada.

Com os meus cumprimentos,

A [REDACTED]

Secretariado do Conselho de Administração



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



APENDICÊS

**Apêndice 1- Instrumento de Colheita de Dados da Triagem de
Manchester e do SClínico® do processo de enfermagem do SO**

®

Instrumento de Colheita de Dados para a Triagem de Manchester e SClínico®

Nº _____

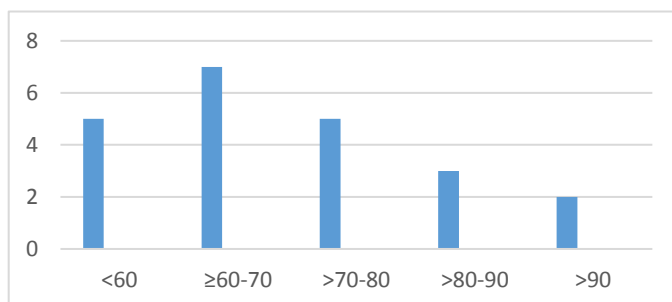
	Variáveis	Valores da variável	Dados
Triagem de Manchester	Motivo de recurso ao SU	a) Dor b) Outro Qual: _____	
	1. Sexo	a) Feminino b) Masculino	
	2. Idade	Numérica	
	3. 1º Valor da Intensidade da dor	a) Numérico	
	4. Características da dor	a) Localização b) Duração c) Qualidade d) Frequência e) Não identificada	
	5. Qualidade	a) Lancinante b) Tipo picada c) Tipo aperto d) Tipo pontada e) Outro Qual: _____ f) Não identificada	
	6. Frequência	a) Contínua b) Intermitente c) Não identificada	
	7. Intensidade	a) Valor numérico b) Não identificado	
	8. Fatores de alívio	a) Qual: _____ b) Não identificado	
	9. Fatores de agravamento	a) Qual: _____ b) Não identificado	
Processo de enfermagem No SO	10. Impacto nas AVDs	a) Limitação na marcha b) Insónia c) Alteração do apetite d) Incapacidade laboral e) Outra Qual: _____ f) Não identificado	
	11. Antecedentes oncológicos relacionados com o episódio de urgência	a) Local da neoplasia b) Presença de metastização	
	12. Executar técnica não farmacológica de alívio da dor	a) Posicionamento b) Escuta ativa c) Toque terapêutico d) Adaptação do ambiente e) Massagem f) Outra Qual: _____ g) Não identificada	
	13. Reavaliação da dor após intervenção	a) Realizada b) Não realizada	
	14. Via da administração de fármacos	a) Oral b) Subcutânea c) Transdérmica d) Endovenosa e) Intramuscular	
	15. Fármacos administrados	a) Não opióides ou AINEs b) Opióides fracos c) Opióides fortes	

**Apêndice 2 – Tratamento e apresentação da colheita de dados
inicial da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do
SO**

TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS INICIAL DA TRIAGEM DE MANCHESTER E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO SU

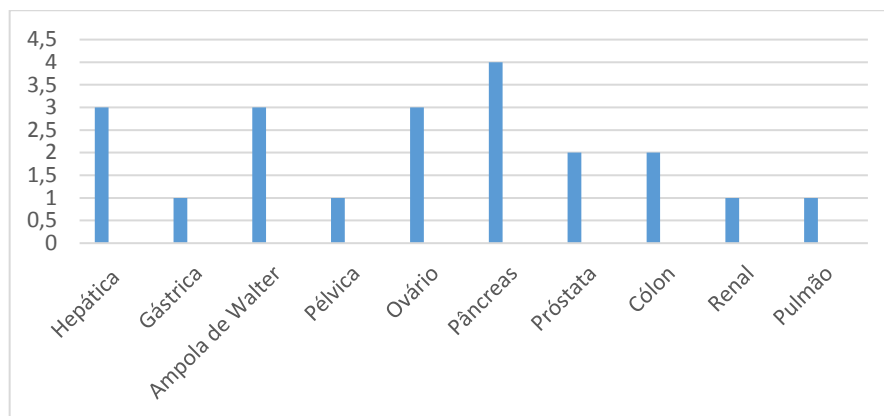
Os dados a seguir apresentados dizem respeito aos resultados da primeira colheita de dados aos registos de enfermagem no SU para diagnóstico de situação antes da implementação do projeto de intervenção. Os dados foram tratados em Excel®, recorrendo-se a uma estatística descritiva.

Gráfico 1: Distribuição das pessoas com doença oncológica avançada que recorreram ao SU, por grupo etário



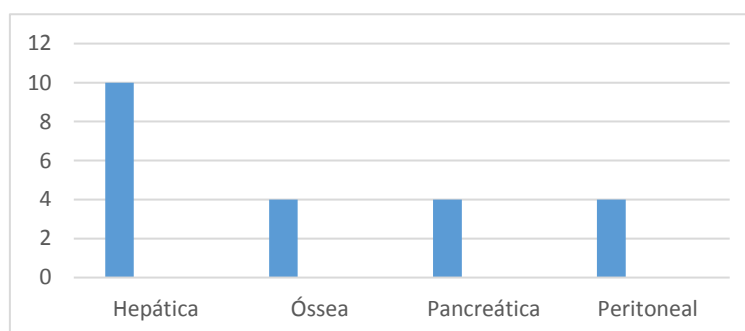
O grupo etário com maior número de pessoas com doença oncológica avançada a recorrer ao serviço de urgência foi a dos >60-70 com 7 pessoas (31,8%). A média de idades das pessoas com doença oncológica avançada que recorreram ao Serviço de Urgência à data da primeira auditoria foi de 69,3 anos.

Gráfico 2: Distribuição do local (tipo) de neoplasia pelas pessoas com doença oncológica



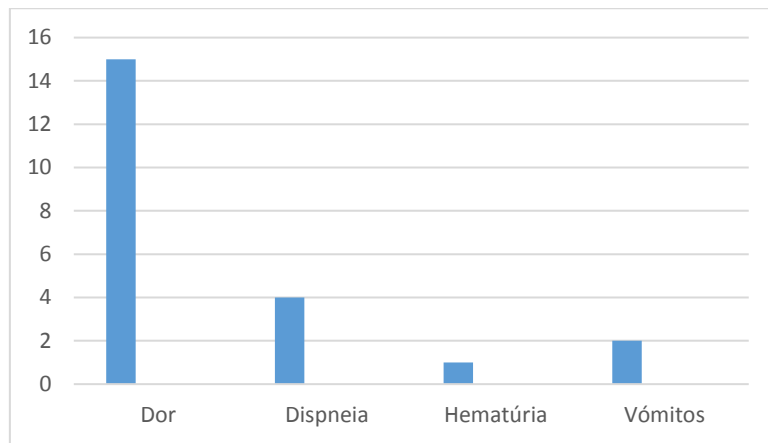
No Gráfico 2 podemos verificar uma grande diversidade no tipo de doença oncológica presente nas pessoas que necessitaram de recorrer ao SU, sendo a neoplasia do pâncreas a mais frequente, com 4 doentes (18,2%), seguida da hepática, da ampola de Walter e do ovário com 3 pessoas, seguida da neoplasia da próstata e do cólon com 2 pessoas. A neoplasia gástrica, renal e do pulmão têm apenas 1 indivíduo.

Gráfico 3: Distribuição dos locais de metastização pelas pessoas com doença oncológica avançada



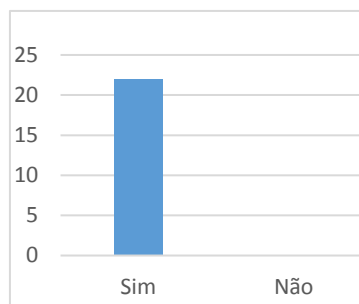
Pela análise do Gráfico 3 verificamos que 10 (45,5%) sujeitos apresentavam metastização hepática, estando a metastização pancreática, óssea e peritoneal presente em igual número de pessoas, 4 (18,2%).

Gráfico 4: Distribuição dos motivos de recurso ao Serviço de Urgência pela pessoa com doença oncológica avançada



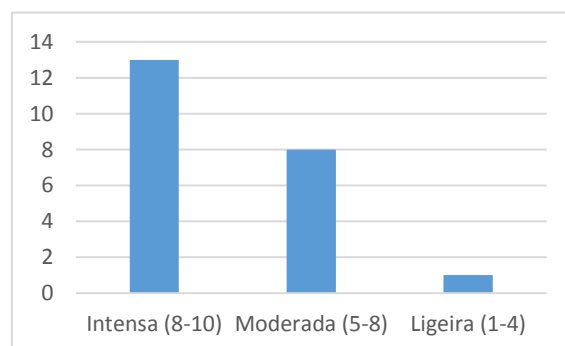
O Gráfico 4 mostra-nos que o principal motivo de recurso da pessoa com doença oncológica avançada ao SU, presente em 15 (68,2%) sujeitos, foi a dor, seguida da dispneia, com 4 (18,2%) sujeitos, 2 por vômitos (9,1%) e 1 por hematúria.

Gráfico 5: Número de processo com registo inicial da intensidade da dor



No Gráfico 5 verifica-se que todos os processos auditados apresentam registo da avaliação inicial da intensidade da dor.

Gráfico 6: Frequência da intensidade da dor no momento da admissão ao serviço de urgência



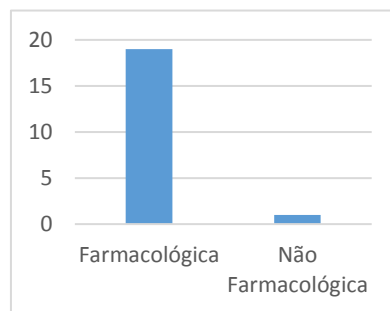
Pelo Gráfico 6 verificamos que a intensidade da dor avaliada na triagem a 12 (59,1%) sujeitos, é “intensa” (8-10), 8 (36,4%) sujeitos tinham dor moderada (5-8). A dor ligeira (1-4) encontra-se presente em apenas 1 pessoa.

Gráfico 7: Número de processos com registo das características da dor



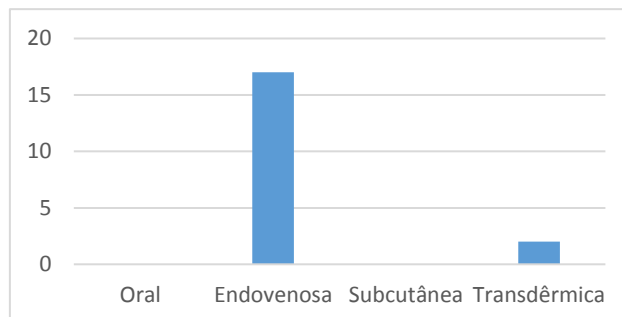
O Gráfico 7 mostra-nos que a característica da dor mais amplamente avaliadas em 20 processos (95,5%) é a “localização”, sendo o registo de outras características pouco significativo, com 1 registo para “fatores de agravamento” e para “impacto nas AVD’s”.

Gráfico 8: Frequência do tipo de intervenção de controlo da dor usada



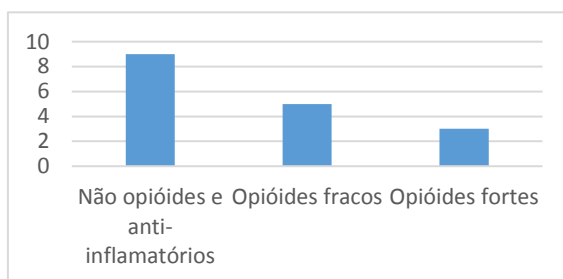
No Gráfico 8 verificou-se que em 19 (86,4%) dos sujeitos foi feita uma intervenção farmacológicas, havendo apenas o registo de 1 intervenção não farmacológica.

Gráfico 9: Frequência da Via de administração de analgésicos



No Gráfico 9 podemos verificar que a via de administração de analgésicos mais utilizada foi a endovenosa, em 17 (77,3%) sujeitos, seguida da via transdérmica, em 2 (9%) sujeitos.

Gráfico 10: Frequência dos analgésicos utilizados no controlo da dor



No Gráfico 10 verificamos que os analgésicos mais utilizados no controlo da dor foram os não opióides e anti-inflamatórios, em 9 (40,9%) sujeitos, seguindo-se a prescrição de opióides fracos, em 5 sujeitos. Só em 3 sujeitos foram prescritos opióides fortes.

Quadro 1- Resultados dos indicadores da colheita de dados inicial da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do SO

Indicador	Resultado
Indicador 1 - Taxa de registo da avaliação da dor	100%
Indicador 2 - Taxa de avaliação das intervenções farmacológicas desenvolvidas em função da intensidade da dor	22,3%
Indicador 3 - Taxa de avaliação das intervenções	0%

No Quadro 1 podemos verificar que a taxa de registo da dor é o indicador com melhor resultado (100%), seguido da taxa de avaliação intervenções farmacológicas desenvolvidas em função da intensidade da dor (22,3%). A taxa de avaliação das intervenções apresenta um resultado nulo.

Apêndice 3 - Fórmulas de cálculo dos indicadores da auditoria

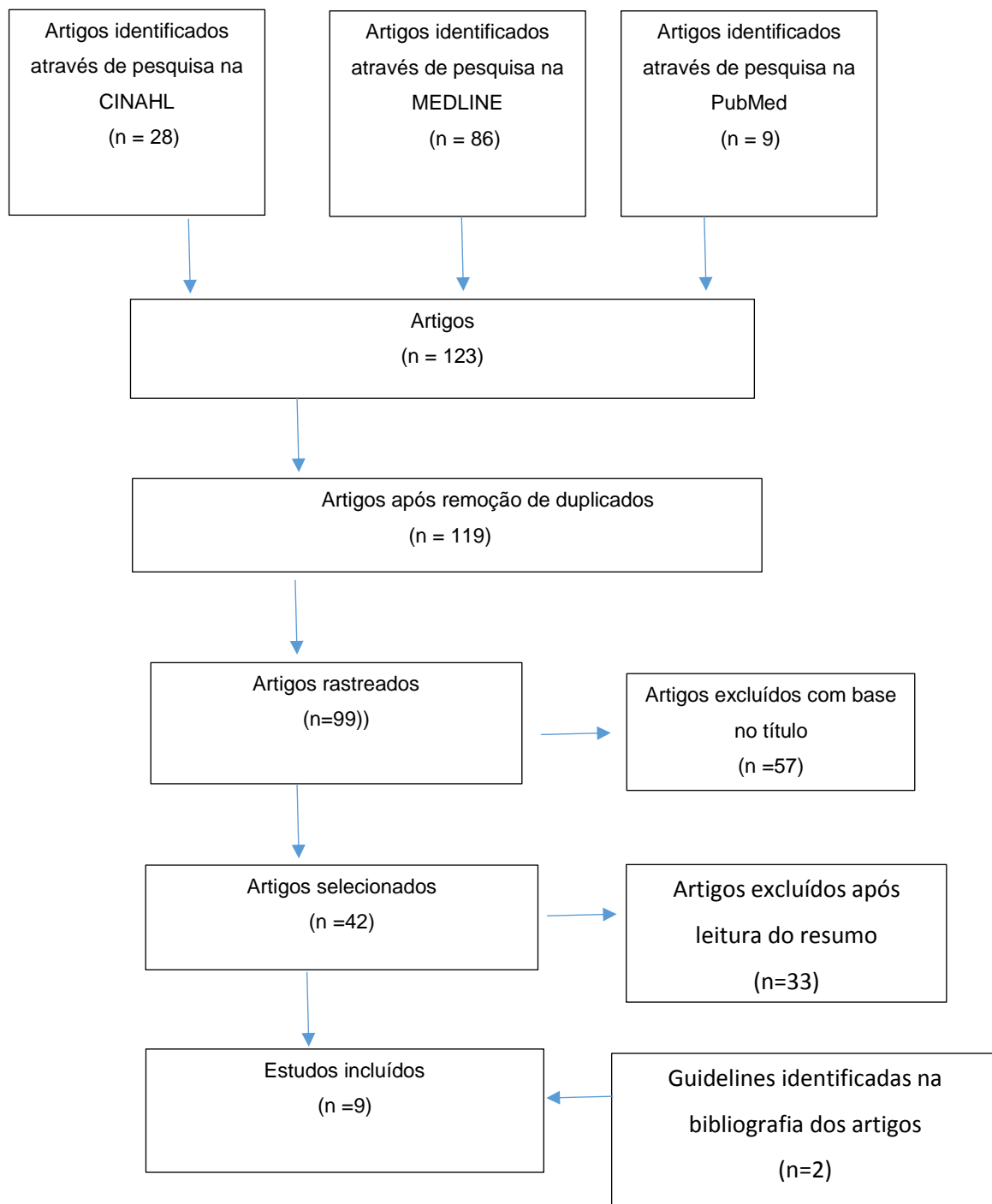
FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Indicador 1: Taxa de registo da avaliação da dor	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de registos com avaliação da dor
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processo com avaliação da intensidade da dor}}{\text{Número de processo clínico auditados}} \times 100$
Indicador 2: Taxa de adequação das intervenções farmacológicas desenvolvidas em função da intensidade da Dor	
Descrição	Este indicador avalia a conformidade na seleção da intervenção farmacológica desenvolvida, tendo em conta a intensidade da dor.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de pessoas com seleção adequada de intervenção farmacológica}}{\text{Número de processos clínicos auditados com indicação para a intervenção farmacológica desenvolvida}} \times 100$
Indicador 3: taxa de avaliação das intervenções	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de avaliação das intervenções após a sua execução
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos com registo de avaliação das intervenções}}{\text{Número de processos clínicos auditados}} \times 100$

(Adaptado de Castanheira et al, 2015)

Apêndice 4- Fluxograma de seleção de artigos

FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS



**Apêndice 5- Instrumento para avaliação da dor da pessoa com
doença oncológica e registo das intervenções**

INSTRUMENTO DE REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E DAS INTREVENÇÕES REALIZADAS

Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐

A) AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR:

1. Intensidade ☐ Escala Utilizada _____

2. Evolução

2.1. Instalação súbita ☐

2.2. Instalação progressiva ☐

2.3. Constante ☐

2.4. Intermitente ☐

2.5. Esporádica ☐

3. Tipologia

3.1. Formigueiro ☐

3.2. Latejo ☐

3.3. Facada ☐

3.4. Visceral ☐

3.5. Moinha ☐

3.6. Picada ☐

4. Localização _____

5. Fatores de:

5.1 Alívio: _____

5.2. Agravamento _____

6. Manifestações de dor:

7. Impacto no conforto

Sem desconforto							Desconforto máximo		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B) INTREVENÇÃO PARA CONTROLO DA DOR

1. Intervenção farmacológica

1.1. Administração de resgate ☐

1.2. Reajuste terapêutico ☐

1.3. Escalada analgesia ☐

1.4. Rotação de Opióides ☐

2. Intervenção não farmacológica:

Distração ☐ Imaginação guiada ☐

Relaxamento ☐ Aplicação de calor ☐

Aplicação de frio ☐ Posicionamento e massagem ☐

Toque terapêutico ☐ Educação para a saúde ☐

Escuta ativa ☐

Outros _____

C) REAVALIAÇÃO APÓS INTREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Intensidade ☐ Escala utilizada _____

2. Impacto no conforto

Sem desconforto							Desconforto máximo		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Apêndice 6: Quadro da apresentação das características dos
14 episódios de dor acompanhados na UCP**

Tabela 1- Apresentação das características dos 14 episódios acompanhados na UCP

Pessoa	Episódio	Características da dor							Dor
		Duração	Tipo	Localização	Irradiação	Fatores de Alívio	Fatores de Agravamento	Intensidade	Intensidade do desconforto
Pessoa 1	1A	Continua	Facada	Lombar e cervical	Não	Não	Deambulação	8	9
	1B	Intermitente	Facada	Lombar e cervical	Não	Repouso na posição dorsal	Deambulação	4	4
	1C	Continua	Facada	Lombar e cervical	Não	Não	Deambulação	8	7
	1D	Continua	Moinha	Lombar e cervical	Não	Repouso na posição dorsal	Deambulação	3	5
Pessoa 2	2A	Intermitente	Aperto	Abdominal drtº	Membro Inferiores	Não	Realização do tratamento à ferida abdominal	8	10
	2B	Continua	Aperto	Abdominal drtº	Membro Inferiores	Repouso	Realização do tratamento à ferida abdominal	6	8
	2C	Continua	Moinha	Abdominal drtº	Não	Repouso	Não	2	0
Pessoa 3	3A	Intermitente	Facada	Dorsal	Não	Não	Deambulação	8	9
	3C	Episódica	Moinha	Dorsal	Não	Posição de sentada	Não	2	3
Pessoa 4	4A	Continua	Facada	Dorsal	Braço direito	Posicionamento do braço	Não	5	7
	4B	Continua	Facada	Dorsal	Braço direito	Posicionamento do braço	Não	6	6
	4B	Continua	Moinha	Dorsal	Não	Posicionamento do braço	Não	2	4
Pessoa 5	5A	Intermitente	Facada	Abdominal	Dorsal	Não	Posicionamentos laterais	9	9
	5B	Intermitente	Facada	Abdominal	Dorsal	Repouso em dorsal	Posicionamentos laterais	6	6

Tabela 2- Apresentação das intervenções realizadas nos 14 episódios de dor e resultados obtidos.

Pessoa	Episódio	Intervenções		Avaliação da Intervenção	
		Intervenção Farmacológica	Intervenção não farmacológica	Intensidade	Intensidade do desconforto
Pessoa 1	1A	Administração de resgate	Distração, escuta ativa, Toque terapêutico	4	5
	1B	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Toque terapêutico	1	0
	1C	Administração de resgate	Distração, escuta ativa, Toque terapêutico	4	3
	1D	Escalada analgésica, Administração de resgates, Ajuste do esquema analgésico	Posicionamento terapêutico, Toque terapêutico	0	2
Pessoa 2	2 A	Escalada analgésica, Administração de resgates, Ajuste do esquema analgésico	Toque terapêutico	3	4
	2B	Administração de resgate	Distração, escuta ativa, Toque terapêutico	2	4
	2C	Administração de resgate	Distração, escuta ativa, Toque terapêutico	0	0
Pessoa 3	3A	Ajuste do esquema analgésico	Toque terapêutico, massagem de conforto	5	4
	3C	Administração de resgate	massagem de conforto, posicionamento terapêutico	0	0
Pessoa 4	4A	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Toque terapêutico	2	5
	4B	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Toque terapêutico	3	5
	4B	Administração de resgate	Posicionamento terapêutico Toque terapêutico	1	2
Pessoa 5	5A	Ajuste do esquema analgésico, Administração de resgates	Escuta ativa, adaptação do ambiente, educação	3	4
	5B	Administração de resgates	Posicionamento terapêutico, Escuta ativa	2	3

**Apêndice 7- Ata da reunião de trabalho com os enfermeiros da
UCP**

Agenda e Ata da reunião de trabalho com os enfermeiros da UCP

Aos dois dias do mês de outubro de dois mil e dezoito, pelas dezasseis horas e trinta minutos, decorreu na sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos, reunião de trabalho com colegas da equipe, com a seguinte ordem de trabalhos:

Ponto um: Apresentação do projeto a implementar no SU intitulado “Ações paliativas no controlo da dor no doente oncológico em serviço de urgência”

Ponto dois: Opiniões dos colegas sobre os limites das ações paliativas em contexto de urgência.

Ponto três: Partilha de ideias, sobre a forma como o projeto pode ser implementado.

Estiverem presentes na reunião 5 enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica, com formação em cuidados paliativos, incluindo a enfermeira Chefe e a enfermeira orientadora. Relativamente ao **ponto um**, a aluna Andreia Vicente fez uma breve apresentação do projeto, especificando os seus objetivos. Os colegas manifestaram-se, referindo considerar o projeto de extrema importância para o aumento do conforto no doente oncológico e própria família, tendo em conta a necessidade que estes doentes muitas vezes têm de recorrer ao serviço de urgência.

Relativamente ao **ponto dois**, os colegas referem que as ações desenvolvidas em contexto de urgência, nunca podem ter a mesma complexidade que as implementadas na unidade, uma vez que o contexto, formação dos profissionais de saúde e recursos são outros. Mas consideram que estas limitações não são de todo impeditivas de uma intervenção que tenha por base a compreensão de alguns dos pressupostos dos cuidados paliativos, nomeadamente no controlo da dor.

Desta forma as ações paliativas, dizem respeito a ações desenvolvidas com o intuito de promover o conforto no doente paliativo, como o controlo da dor, mas quando estamos por exemplo perante uma dor que não se consegue controlar, apesar de intervenção adequada, já estamos perante uma situação de necessidade de intervenção diferenciada em cuidados paliativos, pois esta é considerada complexa e como tal domínio das equipas especializadas em CP.

Foi referido que os colegas em contexto de urgência, quando recebem um doente oncológico com descontrolo de dor adequadamente medida, podem

considerar ações paliativas: identificar imediatamente as necessidades do doente, compreender quais os recursos que o doente já dispõe, quais as suas expectativas ao recorrer ao serviço de urgência, sempre que necessário a família deve ser também ouvida neste processo de identificação das necessidades. Desta forma consegue-se uma certa humanização do cuidado, princípio tão importante nos cuidados paliativos.

Foi também considerado que a avaliação inicial da dor, e a sua reavaliação de acordo com o tempo de ação dos fármacos, deve ser sempre realizada, evitando assim períodos prolongados de espera com dor intensa.

É também unânime a ideia da obrigatoriedade da utilização da escada da dor da Organização Mundial de Saúde, reconhecendo-se a importância do envolvimento da classe médica neste âmbito.

Relativamente ao **ponto três** foram dadas por parte dos colegas várias sugestões, sobre como as ações paliativas para controlo da dor podem ser implementadas no serviço de urgência forma elas:

- Envolvimento e sensibilização da parte médica para a sensibilização para o uso da escada analgésica.
- Formação aos colegas sobre ações paliativas; o que são? O que implicam? Princípios básicos de cuidados paliativos.
- Formação aos colegas sob controlo sintomático da dor e implementação de boas práticas nesta área.
- Elaboração de um poster, que seja colocado em local visível para acesso rápido e fácil, com as orientações mais importantes de boas práticas no controlo da dor.
- Articulação com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos para referência de situação de dor complexa e seguimento.

Para dar termino á reunião, toma a palavra a aluna para agradecer o contributo dos colegas na clarificação dos pontos discutidos. Nada mais havendo a tratar deu-se como concluída a reunião.

Apêndice 8- Entrevista à Enfermeira Coordenadora da RNCC

ENTREVISTA À ENFERMEIRA COORDENADORA DA RNCC

1- O PNCP fala da importância da abordagem paliativa em estruturas não especializadas em cuidados paliativos. Qual a diferença entre a abordagem paliativa e os cuidados paliativos especializados? Que projetos já existem relativos à implementação de ações paliativas nestas unidades?

A abordagem paliativa é uma obrigação e responsabilidade de todas as estruturas não diferenciadas em cuidados paliativos que assistem este tipo de doentes, como os SU e as unidades de internamento onde existam doentes com doença crónica avançada. Dizem respeito a ações básicas de intervenção feitas de acordo com os conhecimentos dos prestadores de cuidados, como intervenções em episódios esporádicos de descontrolo sintomático, em desenvolvimento de trabalho de equipa no cuidar destes doentes, em comunicação eficaz e envolvimento da família nos cuidados, mas tudo isto em situações de baixa complexidade. Quando estamos perante doentes com alta complexidade, por exemplo, com sintomas difíceis de controlar, contextos familiares complicados, exaustão do cuidador, estas situações necessitam de ser acompanhadas por equipas especializadas na prestação de cuidados paliativos.

Atualmente o plano encontra-se à espera de investimento político para reestruturação e definição de novos projetos, não existindo atualmente nenhum projeto a nível superior instituído. Contudo conheço alguns projetos que se encontram implementados com vista a dar resposta a esta abordagem, o hospital distrital de Leiria por exemplo, que já tem implementado um projeto de abordagem paliativa no serviço de urgência que engloba articulação e apoio com a EIHSP.

2- O PNCP falta na melhoria da generalização do nível básico de CP nomeadamente nos serviços onde esta devia acontecer, como o serviço de Urgência. Não considera esta orientação paradoxal?

Não! Não considero paradoxal. Quando o plano fala em serviços onde a generalização do nível básico de CP deve acontecer, refere-se a serviços com alta prevalência de doentes paliativos. Estes serviços são aqueles que dão resposta à doença crónica avançada e doenças geradoras de um sofrimento intenso. Sabemos que o SU serve muitas vezes de porta de entrada do hospital para estes doentes, pois é a ele que recorrem quando se deparam com complicações inerentes à sua doença.

Por este motivo faz todo o sentido o serviço de urgência como primeira linha para a implementação da abordagem paliativa e mesmo identificação de situações de maior complexidade.

3- Como pode o serviço de urgência dar resposta a esta recomendação?

Em primeiro lugar, formação. O plano define como prioritária a formação básica em cuidados paliativos a todos os profissionais de saúde que cuidam diariamente de doentes com estas necessidades. Esta formação deve incidir nos princípios básicos dos cuidados paliativos: Apoio à família, controlo sintomático, comunicação e trabalho em equipa.

Esta formação deve permitir aos profissionais intervir em situações de agravamento de sintoma e acima de tudo capacitar a equipe para identificar os doentes com necessidades paliativas que necessitem de uma intervenção especializada. Os critérios de sinalização devem ser discutidos com a EIHS CP, já que é ela a primeira linha de resposta, cabendo-lhe a responsabilidade de encaminhamento dos doentes para a RNCP. Contudo, normalmente os critérios de sinalização dizem respeito, a situações de doença avançada, sem tratamento ativo, em que haja grave descontrolo sintomático, situações familiares complexas ou exaustão do cuidador. Assim os profissionais devem ser capacitados para identificar as situações, intervir de acordo com a melhor prática e de acordo com os seus conhecimentos e encaminhar sempre que necessário.

Apêndice 9: Plano da sessão de formação

Plano da Sessão de Formação

Título: integração de ações paliativas no controlo da dor no doente oncológico em SU

Data: 31 de janeiro e 4 de fevereiro de 2018 **Hora:** Das 15:00 às 15:30

Local: Sala de Reuniões

Formadora: Enfª Andreia Vicente

Objetivo Geral: informar a equipa de enfermagem do serviço de urgência o projeto de integração de ações paliativas no atendimento das pessoas com dor oncológica crónica não controlada que recorre ao serviço.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de integrar ações paliativas no cuidar da pessoa com doença oncológica e dor não controlada que recorre ao SU
- Dar a conhecer os resultados do diagnóstico de situação feito no serviço de urgência;
- Dar a conhecer as recomendações sobre a avaliação, tratamento, vigilância e referenciação da pessoa com dor crónica não controlada na população com doença oncológica em palição.
- Recolha de sugestões úteis para a implementação do projeto.

	Conteúdos programáticos	Metodologia	Meios e Recursos	Tempo previsto
Introdução	Apresentação dos objetivos da sessão de formação; planeamento da sessão e sua avaliação	Expositiva		5 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico da situação;• Apresentação da teoria em que se sustenta o projeto• Princípios básicos de cuidados paliativos;• Controlo sintomático da dor oncológica;• Recomendações na avaliação da dor oncológica;• Escalas de auto e heteroavaliação da dor• Medidas não farmacológicas;• Colaboração da equipa de enfermagem na implementação do projeto	Expositiva	PowerPoint	15 Minutos
Conclusão	Síntese da sessão e recolha de sugestões	Expositiva Participativa Discussão/debate		10 Minutos

**Apêndice 10: Diapositivos das sessões de formação equipa de
enfermagem do SU**

INTEGRAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS NO CONTROLO DA DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO EM SU

Discente: Andreia Vicente
Enfermeira Orientadora: Helene Mota

Docente: Professora Alexandra Pinto Santos

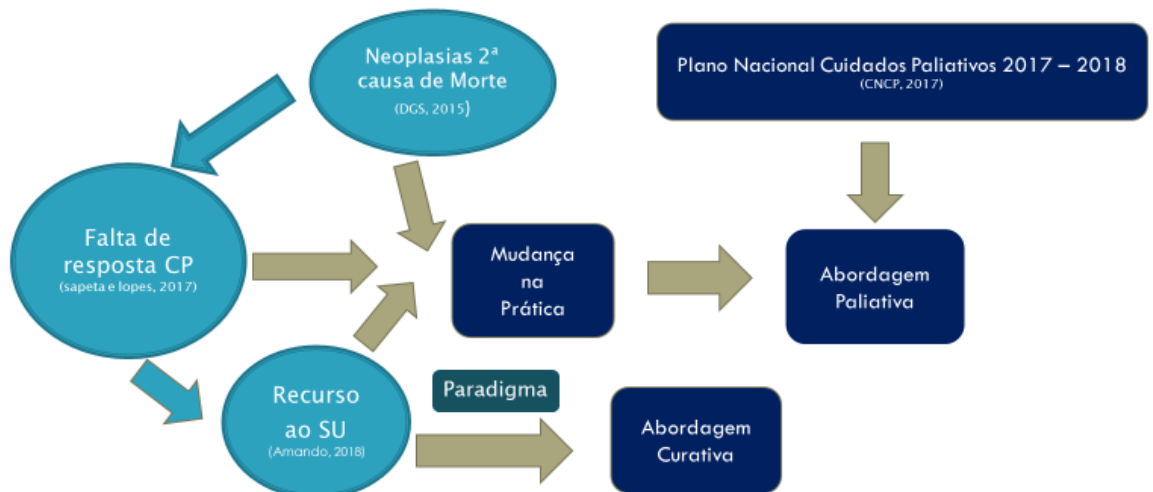
PLANO DE SESSÃO

- Objetivos da sessão
- Escolha da temática
- Diagnóstico da situação
- Referencial teórico
- Cuidados Paliativos
- Dor Oncológica
- Papel da equipa de enfermagem na implementação do projeto;
- Síntese da sessão e partilha de ideias

OBJETIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de integrar ações paliativas no cuidar da pessoa com doença oncológica e dor não controlada que recorre ao SU
- Dar a conhecer os resultados do diagnóstico de situação feito no serviço de urgência;
- Dar a conhecer as recomendações sobre a avaliação, tratamento, vigilância e referenciação da pessoa com dor crónica não controlada na população com doença oncológica em palição.
- Recolha de sugestões úteis para a implementação do projeto.

ESCOLHA DA TEMÁTICA:



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:

Consulta da Triagem de Manchester e processo de enfermagem de 22 episódios de urgência de doentes com doença oncológica avançada (estadio III e V da classificação TNM):

- 15 destes episódios (68%) são por dor não controlada.
- Na avaliação feita a estas 15 pessoas com dor verificou-se que:
 - É apenas avaliada a intensidade e localização na triagem
 - Não à prescrição analgésica de acordo com a escada analgésica
 - A via EV é a mais utilizada
 - À apenas o registo de uma intervenções não farmacológicas
 - Não é feita reavaliação da dor após intervenção

REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria do Conforto de Kolcaba

Vai de encontro à filosofia dos cuidados Paliativos, sendo o enfermeiro fundamental na avaliação das necessidade de conforto dos doente, famílias e comunidades, criando medidas de conforto como resposta a estas necessidade. (Kolcaba, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS:

Definição:

“ Cuidados ativos, coordenado e globais, prestados a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais”

(lei nº 55/2012, de 5 de setembro, pg 5119).

CUIDADOS PALIATIVOS:

Dois níveis de diferenciação:

Abordagem Paliativa Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os SU.

Cuidados Paliativos Especializados: Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais funções de acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação.

Quatro áreas fundamentais para a prática de CP de qualidade:

- ❖ Controlo de Sintoma
- ❖ Comunicação adequada
- ❖ Trabalho em equipa
- ❖ Apoio à família

(PNCP, 2017))

O controlo de sintomas por ser frequente motivo de recurso ao SU no doente paliativo é o principal foco de intervenção paliativa neste contexto

(Martins, et al 2012)

DOR ONCOLÓGICA

Definição: Quando associada ao cancro, a dor crónica designa-se de maligna ou oncológica, embora esta não esteja só relacionada com o próprio cancro, mas também com aos próprios tratamentos, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia

(Diniz & Naves, 2017).

DOR ONCOLÓGICA

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

O Enfermeiro tem um papel fundamental

- É o enfermeiro que faz a primeira avaliação da dor (triagem).
- É o enfermeiro que está junto ao doente 24h.



DOR ONCOLÓGICA

INDICADORES DE AVALIAÇÃO



DOR ONCOLÓGICA

Escalas da dor:

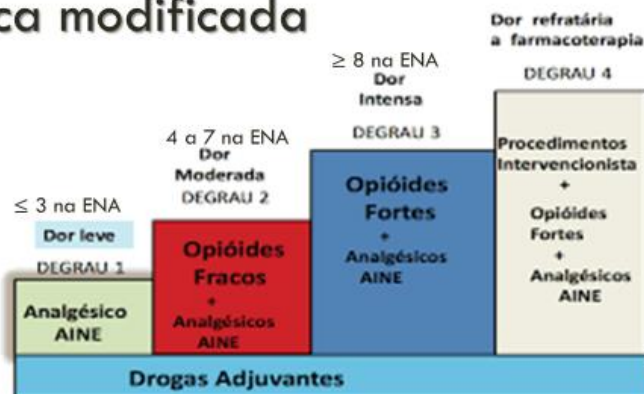
- ❖ **instrumentos de auto-avaliação**, no doente com capacidade cognitiva e de comunicação (Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa Inventário Resumido da Dor).
- ❖ **Utilizar instrumentos de heteroavaliação**, no doente com limitações cognitivas ou incapaz de comunicar (Avaliação da Dor na Demência Avançada, Escala do Observador, Escala Comportamental da dor).

DOR ONCOLÓGICA

Escada analgésica modificada da OMS

- ❖ Orienta para os analgésicos a utilizar em cada degrau de intensidade da dor.
- ❖ Em cada degrau estão recomendados o uso de drogas adjuvantes com: Antidepressivos, anti-convulsionantes.

(NCCN, 2017)



DOR ONCOLÓGICA

Titulação dos opióides

- ❖ Processo no qual a dose de opióide é modificada rapidamente para alcançar alívio adequado da dor sem efeitos colaterais inaceitáveis

(NCCN 2018)

DOR ONCOLÓGICA

Rotatividade de Opióides:

- ❖ Consiste na substituição de um opióide forte por outro
- ❖ Considerar quando não se consegue um balanço positivo entre alívio de dor e efeitos adversos.
- ❖ No cálculo da equianalgesia deve ser contabilizada a dose total de opióides realizada nas 24h, e devem ser utilizadas tabelas de equianalgesia (ESMO, 2017 e NCCN, 2017)

Vias	Fármaco	Unid	Doses Equi-analgésicas de Opióides																	
Oral	Codeína	mg/ dia	60	90	180	210	Tem dose-tecto*													
	Tramadol		25	50	75	100	150	200	300	400	Tem dose-tecto**									
	Morfina		5	10	15	20	30	40	60	80	100	120	160	180	200	240	320			
	Hidromorfona								8	16	24	32	40	48	64					
TD	Buprenorfina	mcg/ h							35	53	70	88	105	140	125					
	Fentanilo								12.5	25	38	50	63	75	100	125				
EV/ SC	Morfina	mg/ dia					5	10	20	30	40	50	60	80	110					
	Tramadol								100	200										

*Dose máxima: 300mg (codeína isolada) ou 240mg (em associação com paracetamol)
**Dose máxima: 400mg (adulto jovem); 300mg (>75anos); 150mg (desnutrido, coquetico)

*Dose máxima: 300mg (codeína isolada) ou 240mg (em associação com paracetamol)

**Dose máxima: 400mg (adulto jovem); 300mg (>75anos); 150mg (desnutrido, caquético)

(Ramos, 2015)

DOR ONCOLÓGICA

Tratamento não farmacológico

- ❖ Intervenção autónoma de enfermagem
- ❖ Devem ser usado como complemento ao tratamento farmacológico.

- Posicionamento
- Aconselhamento/ educação para a autogestão da saúde/ literacia para a saúde
- Fornecer plano terapêutico por escrito que inclua de forma simplificada todos medicamentos prescritos
- Inclusão da pessoa significativa no plano terapêutico
- Massagem, aplicação de calor/ quente

(OE, 2008; Daeninc, 2016; NCCN 2018)

DOR ONCOLÓGICA

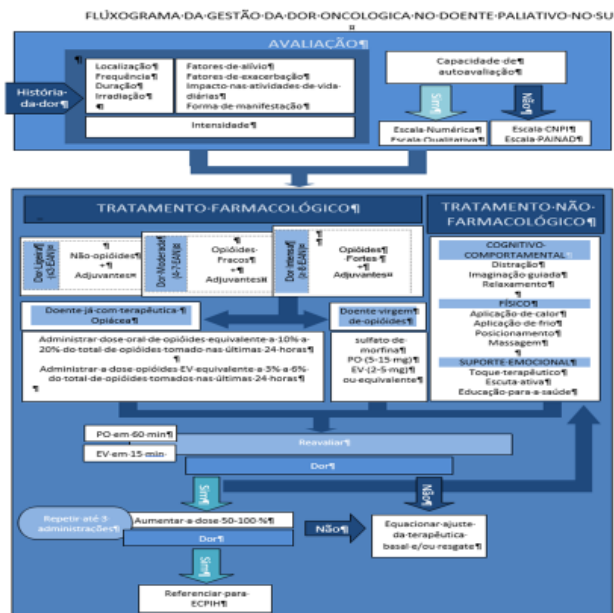
Reavaliação da dor

- ❖ Permite saber da eficácia das intervenções.
- ❖ Deve ser feita tendo em conta a via de administração e o tempo de ação dos fármacos.

(NCCN, 2018)

PAPEL DA EQUIPA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

- ❖ Identificar doente oncológico com necessidades paliativas;
- ❖ Referenciar situações de maior complexidade, para EIHS CP
- ❖ Prestar cuidados à pessoa com dor de acordo com as boas práticas (avaliar, intervir e reavaliar);
- ❖ Registrar a avaliação inicial da dor, as intervenções realizadas e a reavaliação da dor.



SÍNTESE

- ❖ Intervenções paliativas têm espaço no SU uma vez que cuidamos diariamente de doentes com estas necessidades;
- ❖ O controlo sintomático, nomeadamente da dor é uma das principais áreas de intervenção paliativa no SU;
- ❖ Boas práticas no controlo da dor resultam no seu controlo;
- ❖ Quando nos deparamos com situações de alta complexidade é responsabilidade do profissional de saúde do SU encaminhar e referenciar para equipas mais diferenciadas.

QUESTÕES?

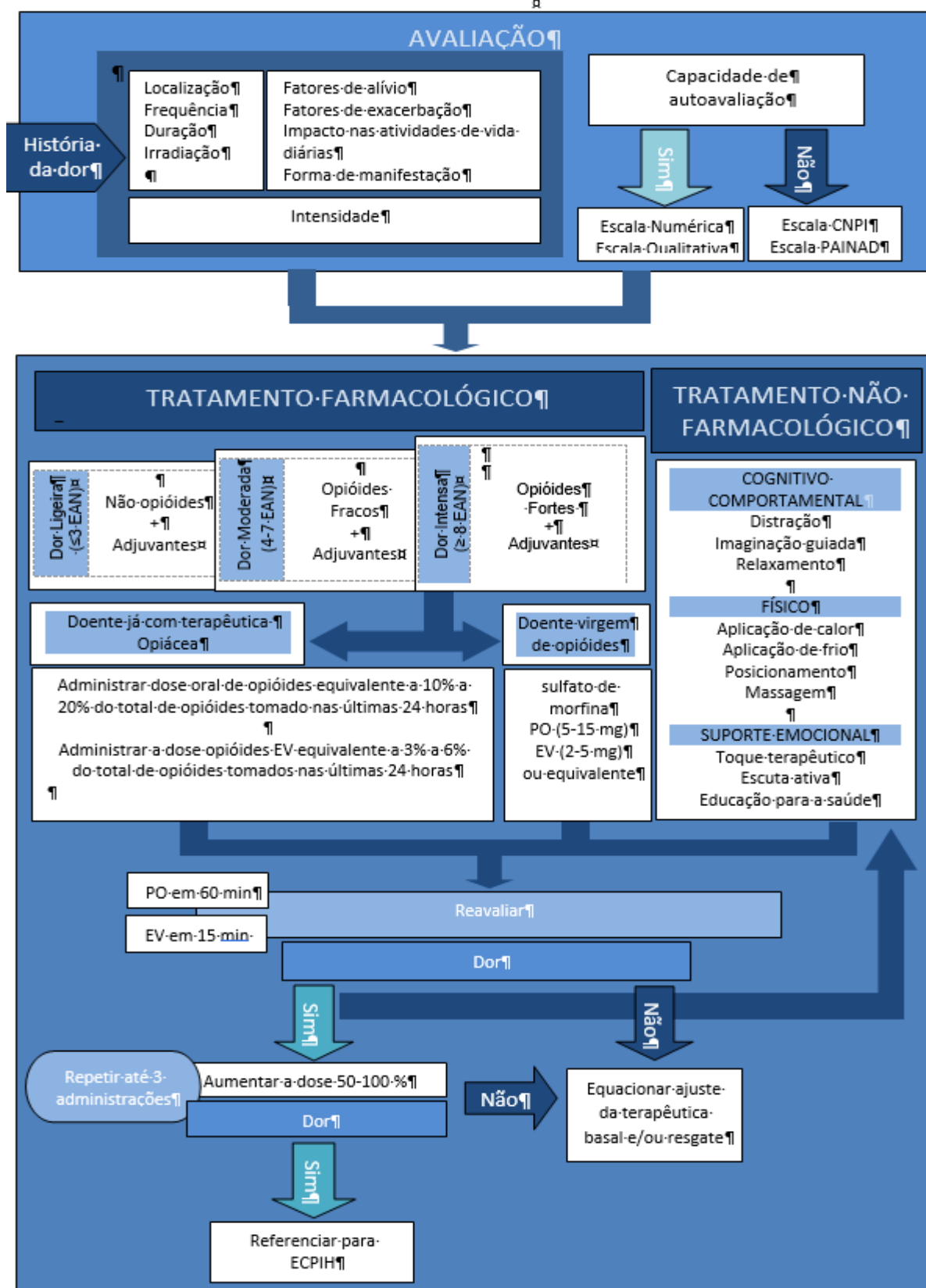
Obrigada Pela Vossa Atenção!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bethann M. Scarborough, M., Cardinale, B. (2018) Optimal Pain Management for Patients With Cancer in the Modern Era. *Cancer Journal for Clinicians*. 68, 182-196
- Diniz, L. & Naves, F. (2017). Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.83-94). Lisboa: Fundação Grünenthal
- European Society For Medical Oncology (2018). *Management of cancer pain in adult patients*. ESMO Clinical Practice Guidelines. Acedido em 22/8/2018. Disponível em: www.esmo.org
- Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República 1ª Série. 172, 2012.
- National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain*. Acedido em 11/07/2018. Disponível em: <https://www.nccn.org>
- Caraceni, A.; Hanks, G.; Kaasa, S.; Bennett, M. (2012). Use of opioid analgesic in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58-68.
- OE (2018) *Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Daeninck, P., Gagnon, B., Gallagher, B., Henderson, J., Shir, Y., Zimmermann, C. Lapointe, B. (2016), Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Current Oncology*. 23, 96-108.
- Ramos, A Sá, E (2015). Linhas de orientação de boa prática no controlo da dor e dispênea da pessoa com doença oncológica, no serviço de urgência: resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. *Jornal Journal of Aging & Inovatio*. 4 (1), 18-35

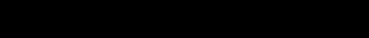
**Apêndice 11: Fluxograma da gestão da dor oncológica no doente
paliativo no SU**

FLUXOGRAMA DA GESTÃO DA DOR ONCOLÓGICA NO DOENTE PALIATIVO NO SU



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Arksey, H. e O'Malley, L. (2015) *Scoping studies. Towards a methodological framework*. *Intitute J Soc Res Meth*, 8(1), 840-6; Brant, J, Eaton, L., Irwin, M. (2017). Cancer-Related Pain: Assessment and management with Putting Evidence Into Practice interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21, 4-6; Brant, J., Rodgers, B., Gallagher, E., Sundaramurthi, T. (2017). Breakthrough Cancer Pain: A systematic review of pharmacologic management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21, 71-80.; Brant J., Keller L., McLeod K., Yeh C., Eaton L., (2017) Chronic and Refractory Pain: A systematic review of pharmacologic management in oncology. *Journal Of Oncology Nursing*, 21 (3), 31-53.; Coyne, P., Mulvenon, C., Paice, J. (2017) American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Management Nursing*, 19, 3-7; Daeninck, P., Gagnon, Gallagher, B., Henderson, J., Shir, Y., Zimmermann, C., Lapointe, B. (2016), Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Current Oncology*, 23, 96-108.; National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain*; European Society for Medical Oncology (2018). *Management of cancer pain in adult patients*. *ESMO Clinical Practice Guidelines*; Scarborough,

**Apêndice 12: Norma para o controlo da dor oncológica no paliativo
oncológico no SU**

Aprovação:  **Data:** Fevereiro de 2019

Modificações:

OBJETIVO

Uniformizar intervenções no controlo da Dor Oncológica no Serviço de Urgência

RESPONSABILIDADE

Médicos e Enfermeiros

DESCRIÇÃO

A dor é um sintoma frequentemente presente no doente oncológico e o seu descontrolo pode levar à necessidade de recurso ao Serviço de Urgência, requerendo uma intervenção adequada no seu controlo, que engloba, uma correta avaliação, um correto tratamento (farmacológico e não farmacológico) e uma reavaliação adequada.

1- Avaliação da Dor:

- Utilizar instrumentos de auto-avaliação, no doente com capacidade cognitiva e de comunicação (Escala das Faces Revista, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa Inventário Resumido da Dor).
- Utilizar instrumentos de heteroavaliação, no doente com limitações cognitivas ou incapaz de comunicar (Escala de Avaliação da Dor na Pessoa com Demência, Escala Doloplus).
- Avaliar: Intensidade, Frequência, Tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista), Localização e presença de irradiação, fatores de alívio e de exacerbação, Impacto nas atividades de vida diárias, Forma de manifestação.

2- Tratamento Farmacológico:

- O tratamento farmacológico deve ter como base a Escada Analgésica da OMS que propõe uma escalada analgésica apropriada para a gravidade da dor.
-

Dor ligeira (degrau I da escada analgésica OMS - intensidade 1-3)

- Paracetamol (dose máx: 4g/dia).

- AINEs: ibuprofeno (dose máxima: 400mg, PO 4x dia), naproxeno (220- 500mg, PO 2 a 3X dia) cetorolac (15-30mg EV 6/6h) no máximo durante 5 dias.
- Na pessoa com doença real crónica e doença cardíaca deve-se ter especial atenção ao uso de AINEs devido ao risco de toxicidade e de hemorragia quando associado ao uso de anticoagulantes.

Dor moderada (degrau II da escada analgésica OMS- intensidade 4- 6)

- Codeína (≤ 360 mg/dia) ou Tramadol (≤ 400 mg/dia: 100mg 4x/dia).
- Na dor oncológica ou se controlo inadequado, optar pelo uso de opióides fortes em pequenas doses: Morfina (≤ 30 mg/dia)

Dor moderada a severa (degrau III da escada analgésica OMS –intensidade 7-10)

- Opióides fortes no tratamento de 1.^a linha (morfina e fentanil).
- A via oral é a via de primeira escolha no tratamento da dor oncológica. Se via oral não disponível, usar preferencialmente a via SC.
- A morfina oral é o opóide de primeira escolha no tratamento da dor oncológica.
- O Fentanil ou a Bupremorfina transdérmicos são também eficazes no controlo da dor, e são alternativas na incapacidade de deglutição e /ou insuficiência renal de grau 4 ou 5. A duração analgésica do adesivo é geralmente 72 horas, mas em doentes que experimentam dor de fim de dose pode realizar-se substituição de fentanil a cada 48 h.

Uso de adjuvantes

- O paracetamol e AINEs podem ser utilizados em associação aos opióides no tratamento da dor oncológica.
- Na dor neuropática considerar a associação de anticonvulsivantes (gabapentina 100 mg- 3600 mg duas a três vezes por dia e pregabalina 150 a 300 mg duas vezes por dia) e antidepressivos tricíclicos (amitriplina 10- 25mg/dia).
- Associar dexametasona na dor neuropática visceral e dor óssea e em situações de agudização (4 a 8mg 2 a 3x/dia).

Equivalências de opióides orais e parenterais e potência relativa dos fármacos em comparação com a morfina

Opióide	Dose oral	Dose Parental	Fator de conversão de PO em EV	Duração da ação
Morfina	30 mg	10 mg	3	3-4 h
Hidromorfona	7.5 mg	1.5 mg	5	2-3 h
Fentanil	0.1 mg	-	-	-
codeína	200 mg	-	-	3-4 h
Tramadol	300 mg	100 mg	3	3-4 h
Tapentanol	75-100 mg	-	-	9h

(NCCN, 2018)

Controlo farmacológico da dor em urgência:

A dor moderada a intensa não controlada é uma urgência médica e deve ser tratada como tal.

Dor ≥ 4 (moderada a intensa) em doente virgem de opióides:

- Dose de 5-15 mg sulfato de morfina oral ou equivalente (efeito máximo em 60 min).
- Dose de 2–5 mg de sulfato de morfina EV ou equivalente (efeito máximo em 15 min).

Dor ≥ 4 (moderada a intensa) em doente já tratado com opióides:

- Administrar dose oral de opióide equivalente a 10% a 20% do total de opióide tomado nas últimas 24 horas (efeito máximo em 60 min).
- Administrar a dose opióide EV equivalente a 10% a 20% do total de opióide tomado nas últimas 24 horas (efeito máximo em 15 min).

CONTROLO DA DOR ONCOLÓGICA

- Reavaliar a eficácia e efeitos adversos aos 60 min, para a via PO, e aos 15 min para via EV.
- Se após reavaliação mantiver dor ou dor agravada, aumentar a dose 50-100%.
- Se após reavaliação apresentar dor diminuída, mas ainda inadequadamente controlada, repetir dose.
- Se dor melhorada e adequadamente controlada, continuar na dose efetiva atual, durante 24 horas e depois reavaliar novamente.
- Se após 2 a 3 ciclos de administração se mantiver a dor, considere encaminhamento para equipa especializada (EIHSCP).

3- Tratamento não farmacológico da dor:

A utilização de técnicas não farmacológicas, demonstram eficácia no tratamento da dor quando utilizadas como complemento do tratamento farmacológico. Considerar no SU técnicas:

- Cognitivo comportamentais: distração, imaginação guiada e relaxamento.
- Físicas: aplicação de calor, aplicação de frio, posicionamento e massagem.
- De suporte emocional: toque terapêutico, escuta ativa e educação para a saúde.

4- Indicadores de resultados

Indicador 1: Taxa de registo da avaliação da dor	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de registos com avaliação da dor
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processo com avaliação da intensidade da dor}}{\text{Número de processo clínico auditados}} \times 100$
Indicador 2: Taxa de adequação das intervenções farmacológicas desenvolvidas em função da intensidade da Dor	
Descrição	Este indicador avalia a conformidade na seleção da intervenção farmacológica desenvolvida, tendo em conta a intensidade da dor.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de pessoas com seleção adequada de intervenção farmacológica}}{\text{Número de processos clínicos auditados com indicação para a intervenção farmacológica desenvolvida}} \times 100$
Indicador 3: taxa de avaliação das intervenções	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de avaliação das intervenções após a sua execução
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos com registo de avaliação das intervenções}}{\text{Número de processos clínicos auditados}} \times 100$

Documentação de referência:

Brant, J., Rodgers, B., Gallagher, E., Sundaramurthi, T. (2017). Breakthrough Cancer Pain: A systematic review of pharmacologic management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 21, 71-80.

Brant J., Keller L., McLeod K., Yeh C., Eaton L., (2017) Chronic and Refractory Pain: A systematic review of pharmacologic management in oncology. *Journal of Oncology Nursing*. 21 (3), 31-53.

Coyne, P., Mulvenon, C., Paice, J. (2017) American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain management at the end of life. *Pain Management Nursing*. 19, 3-7.

Daeninck, P., Gagnon, Gallagher, B., Henderson, J., Shir, Y., Zimmermann, C. Lapointe, B. (2016), Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Current Oncology*. 23, 96-108.

National Comprehensive Cancer Network (2018). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult Cancer Pain. Acedido em 11/07/2018. Disponível em: <https://www.nccn.org> 7

European Society for Medical Oncology (2018). Management of cancer pain in adult patients. ESMO Clinical Practice Guidelines. Acedido em 22/8/2018. Disponível em: www.esmo.org 9

Scarborough, B., Smith, C. (2018) Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *Cancer Journal for Clinicians*. 68:182–196

Direção Geral de Saúde (2003). A dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular normativa nº 09/DGS de 14/06)

Massa, E. B. (2010). Análise do recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos. Lisboa: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Mestrado Integrado em Medicina.

Tsai, C., Liu, N., Tang, T., Chen, C., & Chen, L. (2010) Cancer pain as the presenting problem in emergency departments: Incidence and related factors. *Supportive Care in Cancer*; 18, 57–65

Buchanan, A., Geerling, J., Davies, A. (2014), Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20, 126-109.

**Apêndice 13 - proposta de padrão de linguagem CIP para
diagnósticos de enfermagem na consulta da dor**

PROPOSTA DE PADRÃO DE LINGUAGEM CIP PARA A CONSULTA DA DOR

FOCO: DOR					
INTERVENÇÃO DIAGNOSTICA	OPÇÕES DE DIAGNOSTICO			INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
	<u>Juízo</u>	<u>Tempo</u>		<u>Localização</u>	
Monitorizar dor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dor presente em grau reduzido ➤ Dor presente em grau moderado ➤ Dor presente em grau Elevado ➤ Dor presente em Grau muito Elevado 	<u>Continua</u> <u>Intermitente:</u> Muito frequente Frequente Raramente Muito raramente Nunca	<u>Duração:</u> Aguda Crónica	<u>Local do corpo</u> <u>Topologia:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Horizontalidade: Lado direito/lado esquerdo ➤ Verticalidade: Parte superior/parte Inferior ➤ Lateralidade: Unidireccional/ bidireccional ➤ Totalidade: Total/Parcial ➤ Centralidade: central/periférico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar envolvimento frio ➤ Aplicar envolvimento quente ➤ Assistir a identificar estratégia de alívio da dor ➤ Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento ➤ Posicionar ➤ Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas ➤ Vigiar dor ➤ Gerir terapêutica antiálgica ➤ Administrar analgésicos
Avaliar conhecimento da pessoa/ prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor: Conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Dor: não demonstra/ demonstra • Complicação: não demonstra/ demonstra • Avaliação da dor: não demonstra/ demonstra • Prevenção da dor: não demonstra/ demonstra • Gestão do regime terapêutico: não demonstra/ demonstra • Estratégias não farmacológicas: não demonstra/ demonstra 	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar conhecimento cuidados sobre estratégias de alívio da dor. 	
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar conhecimento de cuidados sobre estratégias de alívio da dor. ➤ Ensinar a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas. ➤ Ensinar a vigiar a dor. ➤ Ensinar sobre como aliviar a dor. 	
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor. 	

FOCO: Obstipação		
INTERVENÇÃO DIAGNOSTICA	OPÇÕES DE DIAGNOSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Avaliar Obstipação: <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da frequência da defecção: Sim/não • Fezes duras e secas: Sim/ não 	Obstipação presente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auscultar. ➤ Adequar dieta. ➤ Adequar hidratação ➤ Ensinar sobre eliminação intestinal. ➤ Ensinar sobre padrão alimentar. ➤ Ensinar sobre prevenção de obstipação. ➤ Estimular eliminação intestinal.
Avaliar risco de Obstipação: <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos: Adequada/diminuída • Apetite: Normal/diminuído • Fadiga: Sim/não • Inatividade: Sim/não • Prescrição de medicação Obstipante: Sim/não 	Risco de obstipação ausente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar risco de obstipação
	Risco de obstipação presente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado. ➤ Auscultar. ➤ Avaliar risco de obstipação. ➤ Ensinar sobre dieta. ➤ Ensinar sobre eliminação intestinal. ➤ Ensinar sobre padrão alimentar. ➤ Ensinar sobre prevenção de obstipação. ➤ Estimular eliminação intestinal.
Avaliar conhecimento da pessoa/ prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação: <ul style="list-style-type: none"> • Processo patológico: demonstra/ não demonstra • Complicações do processo patológico: demonstra/ não demonstra • Hábitos alimentares: demonstra/ não demonstra/ não aplicável • Hábitos intestinais: demonstra/ não demonstra/ não aplicável • Dieta: demonstra/ não demonstra/ não aplicável • Atividade física: demonstra/ não demonstra/ não aplicável 	Potencial para melhorar o conhecimento cuidados sobre prevenção de obstipação.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação: ➤ Ensinar sobre eliminação intestinal. ➤ Ensinar sobre prevenção da obstipação.
	Sem potencial para melhorar o conhecimento cuidados sobre prevenção de obstipação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação:

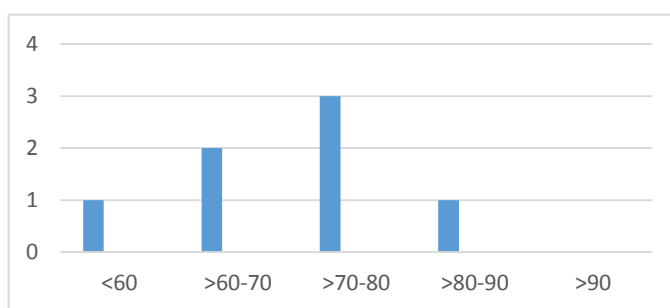
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: Ordem dos Enfermeiros (2011) Classificação Internacional para a Prática de enfermagem Versão 2011. Acedido a 9 01-2017 disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/consulte-a-e-publica%C3%A7%C3%A3o-da-vers%C3%A3o-portuguesa-da-ci-pe-2011/> -

Apêndice 15- Apresentação e tratamento da colheita de dados final da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do SO

APRESENTAÇÃO E TRATAMENETO DA COLHEITA DE DADOS FINAL DA TRIAGEM DE MANCHESTER E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO SU

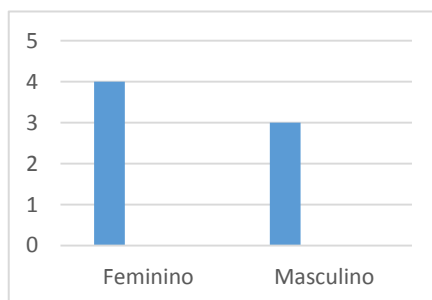
Os dados a seguir apresentados dizem respeito aos resultados da segunda colheita de dados à triagem de Manchester e aos processos de enfermagem do SU para diagnóstico de situação após a implementação do projeto de intervenção. Os dados foram tratados em Excel®, recorrendo-se a uma estatística descritiva.

Gráfico 1: Distribuição das pessoas com doença oncológica avançada que recorreram ao SU, por grupo etário



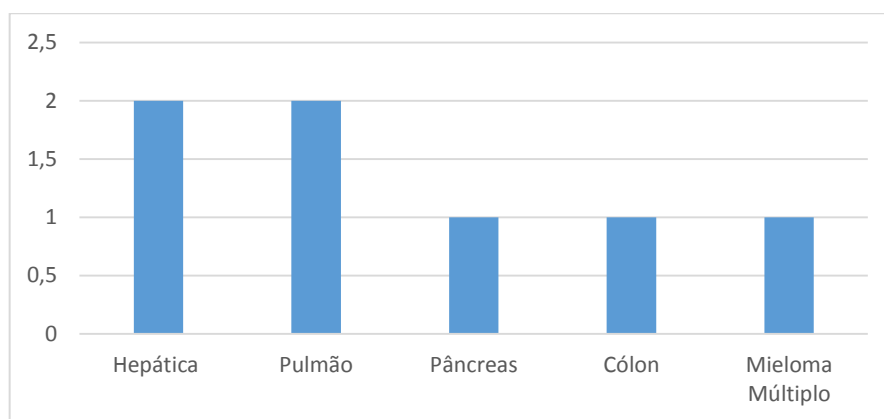
O grupo etário com maior número de sujeitos a recorrer ao SU foi a dos >70-80 com 3 pessoas (31,8%). A média de idades dos sujeitos é de 69,3 anos.

Gráfico 2: Distribuição das pessoas com doença oncológica que recorreram ao SU por sexo



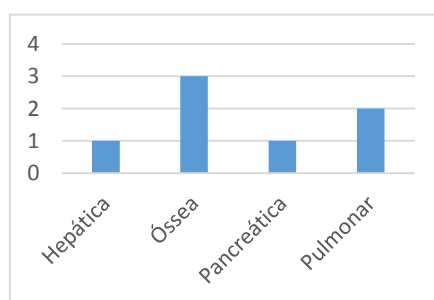
Foram as mulheres que mais recorreram ao SU, com 4 sujeitos (57,2%), face a 3 sujeitos do sexo masculino.

Gráfico 3 Distribuição do local (tipo) de neoplasia pelas pessoas com doença oncológica



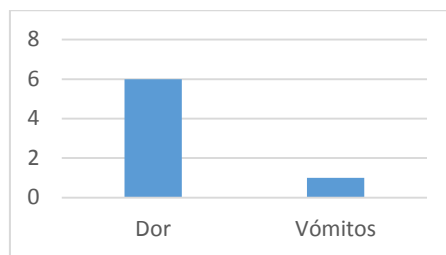
No Gráfico 3 podemos verificar que o tipo de doença oncológica mais frequente nas pessoas que recorreram ao SU foi a neoplasia do pulmão e do fígado, com 2 sujeitos (28,3%) cada uma.

Gráfico 4: Distribuição dos locais de metastização pelas pessoas com doença oncológica avançada



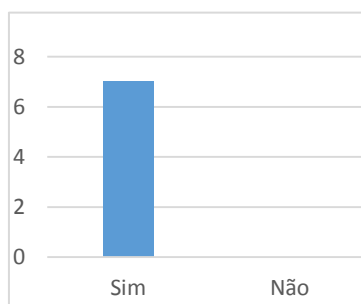
Pela análise do Gráfico 4 verificamos que 3 sujeito (42,9%) tinham metastização óssea, 2 (28,6%) pulmonar, 2 (28,6%) pancreática, e 1 (14,3%) hepática

Gráfico 5 Distribuição dos motivos de recurso ao Serviço de Urgência pela pessoa com doença oncológica avançada



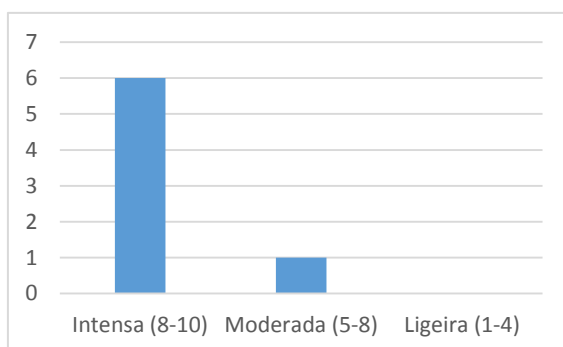
O gráfico 5 mostra que o motivo mais frequente de recurso das pessoas com doença oncológica avançada ao SU foi a dor, para 6 sujeitos (85,7%),

Gráfico 6: Número de processo com registo inicial da intensidade da dor



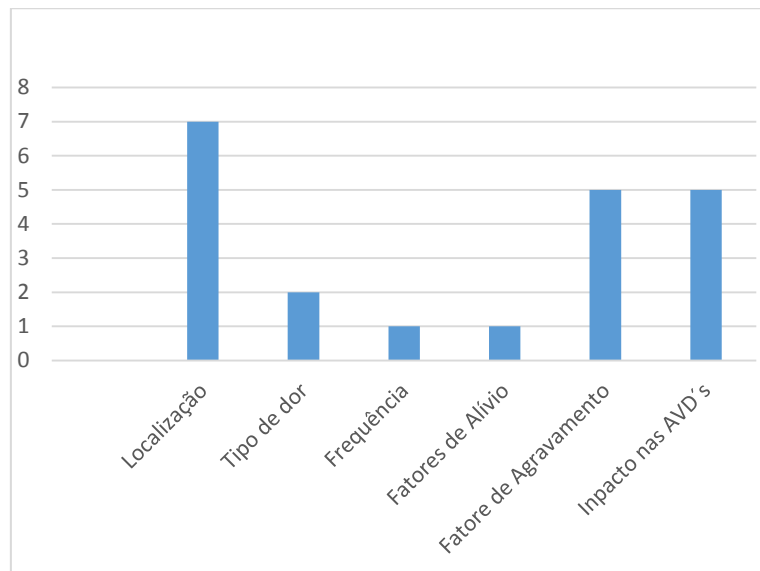
No Gráfico 6 verifica-se que todos os processos auditados apresentam avaliação inicial da intensidade da dor.

Gráfico 7: Frequência da intensidade da dor no momento da admissão ao serviço de urgência



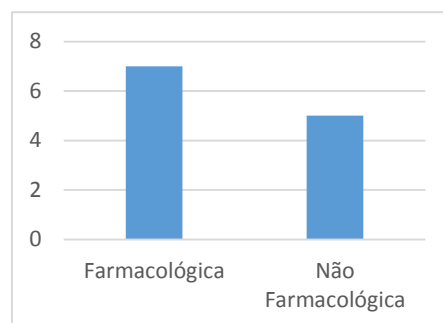
Pelo gráfico 7 verificamos que 6 sujeitos (85,7%) dos indivíduos tinha uma avaliação inicial da dor de intensa (8-10), 1 indivíduo tinha dor moderada (5-8).

Gráfico 8: Número de processos com registo das características da dor



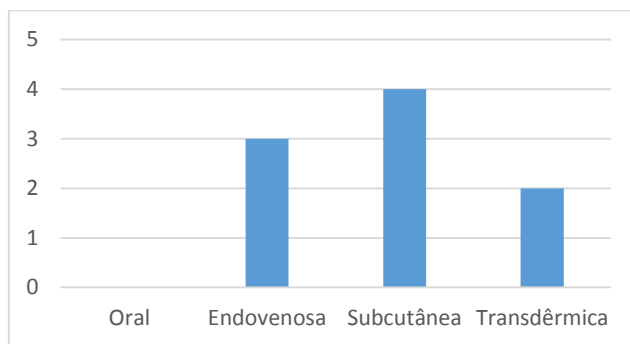
O Gráfico 8 mostra-nos que a característica da dor mais amplamente avaliada é a localização em 7 processos (100%), seguida pelo registo do impacto nas AVD's e fatores de agravamento 5 processos (71.4%),

Gráfico 9: Frequência do tipo de intervenção de controlo da dor usada



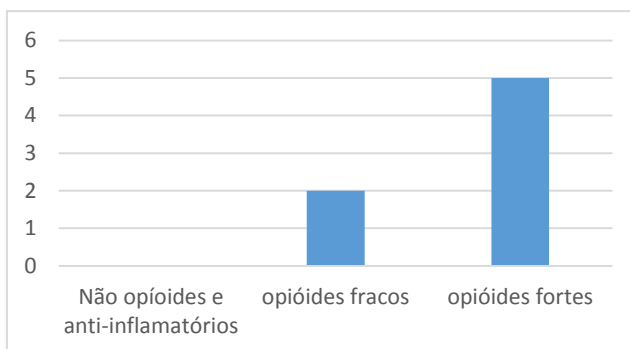
No Gráfico 9 verificamos que a 7 sujeitos (100%), foi feita uma intervenção farmacológicas, havendo o registo de 5 (71,4%) intervenções não farmacológicas em 5 sujeitos

Gráfico 10: Frequência da Via de administração de analgésicos



No gráfico 10 podemos verificar que a via de administração de analgésicos mais utilizada foi a SC a 4 sujeitos (57,2%), tendo a via EV sido utilizada em 3 sujeitos (42,9%) e a via transdêmica, em 1 sujeito.

Gráfico 11: Frequência dos analgésicos utilizados no controlo da dor



No gráfico 11 verificamos que os analgésicos mais utilizados no controlo da dor foram os opióides fortes em 5 sujeitos (71,4 %), seguindo-se dos opióides fracos utilizados em 2 sujeitos (28,6%).

Quadro 1- Resultados dos indicadores da colheita de dados final da triagem de Manchester e do processo de enfermagem do SO

Indicador	Resultado
-----------	-----------

Indicador 1- Taxa de registo da avaliação da dor	100%
Indicador 2- Taxa de avaliação intervenções farmacológicas desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor	95%
Indicador 3- taxa de avaliação das intervenções	55%

No Quadro 1 podemos verificar que a taxa de registo da dor é o indicador com melhor resultado (100%), seguido da taxa de avaliação intervenções farmacológicas desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor (95%). A taxa de avaliação das intervenções apresenta um resultado de 55% na auditoria.

